

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

751

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Dan CONSTANTINESCO

Né le 19 Octobre 1905, à GALATZ (Roumanie)

Contribution à l'Étude
de l'Angoisse et de l'Anxiété

Président : Monsieur LAIGNEL-LAVASTINE professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Dan CONSTANTINESCO

Né le 19 Octobre 1905, à GALATZ (Roumanie)

Contribution à l'Étude
de l'Angoisse et de l'Anxiété

Président : Monsieur LAIGNEL-LAVASTINE professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1934

Doyen

G. ROUSSY.

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TUFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maur. VILLARET
	BEZANCON.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose.....	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	
D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
	GAYET
	GIROUD
	HAGUENAU
	HALPHEN
	HAZARD
	HUCQUENIN
	JOANNON
	LABBE Henri...
	LACONNE
	LANTUEJOUL ..
	LAROCHE Guy.
	Physiologie.
	Histologie.
	Pathologie médicale.
	Oto-rhino-laryngologie
	Pharmacologie.
	Anatomie pathologique.
	Hygiène.
	Chimie biologique.
	Obstétrique.
	Obstétrique.
	Pathologie médicale.



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^r J.)..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHTET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIERS	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT.....	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE....	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale.	
ALAJOUANINE .		
AUBERTIN ...		
BRULE		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT ...		
DUVOIR		
HARVIER		
LIAN		
VALLERY-RADOT	}	
(Pasteur).		
SEZARY		

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCC		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER .		
MOCQUOT		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ ...		
VELTER		
ECALLE.....	} Clinique obstétricale.	
GUENIOT		
LE LORIER.....		
LEVY-SOLAL ...		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Cette thèse est respectueusement
dédiée à mon maître le Professeur
LAIGNEL-LAVASTINE.

Son enseignement a guidé ma vie
d'étudiant, son œuvre sera un exemple
pour mes recherches médicales.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ANGOISSE ET DE L'ANXIÉTÉ

INTRODUCTION

Les états affectifs connus sous les noms d'angoisse et d'anxiété sont rencontrés d'une manière courante en pratique médicale.

Le médecin les retrouve d'abord sous l'aspect de sentiments légitimes nés au sujet d'une maladie grosse de menaces ou d'un traitement qui apparaît plein de risques et douloureux ; alarmes et douleurs morales qu'il doit apaiser par son autorité, par la confiance qu'il inspire au malade et à son entourage, par sa sollicitude et ses paroles réconfortantes. C'est *l'aspect déontologique* de l'angoisse et de l'anxiété, à propos duquel se posent des problèmes d'humanité et de bon sens.

En deuxième lieu, il connaît l'angoisse et l'anxiété comme symptômes appartenant à divers syndromes organiques : infectieux, douloureux, dyspnéiques, digestifs, circulatoires, nerveux et autres, ou bien à des syndromes de comportement : phobies, obsessions, mélancolie, etc... constituant *l'aspect pathologique* de ces états affectifs.

L'angoisse et l'anxiété se caractérisent surtout par leur *tonalité affective spécifique*. Cette tonalité affective ne se prête guère à la description et pour la con-

naître il faut qu'on se rapporte à l'expérience personnelle : chacun de nous a éprouvé dans sa vie de l'angoisse et de l'anxiété. Les descriptions qu'on nous offre de ces états se limitent à dépeindre les alentours de cette tonalité affective qu'elles ne peuvent atteindre et vis-à-vis de laquelle leur contenu reste excessivement pauvre et imprécis. Ces descriptions se réfèrent donc à l'analyse des différents syndromes dont cette tonalité affective constitue en quelque sorte la synthèse subjective. Tout le problème de l'étude de l'angoisse et de l'anxiété consiste à saisir les caractères communs présentés par ces syndromes.

La tonalité affective est en rapport d'une part avec des facteurs externes, et, d'autre part, avec des facteurs internes. Dans le premier cas, elle sert à caractériser certaines modalités dans le développement de nos actions et prend le nom habituel de sentiment. Dans le second cas, elle sert à caractériser le fonctionnement facile ou défectueux de notre organisme et paraît se confondre avec la coenesthésie.

Dans les descriptions de l'angoisse et de l'anxiété, nous allons trouver d'une part mentionnées des sensations corporelles, d'autre part des idées et des croyances en rapport avec les diverses conduites externes du malade.

Au point de vue de la terminologie, remarquons, dès à présent, que dans la clinique courante on parle d'habitude d'angoisse lorsque les malades insistent sur des sensations de constriction et de gêne physique, et on parle d'anxiété lorsque les sujets sont préoccupés par des idées et des croyances.

Les sensations d'angoisse sont décrites par les sujets comme mal localisées, imprécises, diffuses, se présen-

tant plutôt comme des « impressions de sensation ». Ces sensations sont pénibles plutôt que franchement douloureuses, elles sont surtout « insupportables ». Pour les exprimer, les malades ont recours à des métaphores qui ne manquent pas souvent de pittoresque. Ils vous parlent ainsi de leur cœur qui est serré comme dans un étau, qui est comprimé comme si une main d'airain se serait appesantie sur lui, de leur poitrine oppressée et comme écrasée sous un lourd fardeau, de leur gorge serrée comme par un sanglot perpétuel, de leur tête vide ou au contraire comme prête à éclater, de leurs yeux pesants, de leur bouche sèche et amère, de leurs impatiences et engourdissements dans les jambes, de leur soif inextinguible ou bien de sensations ou désirs plus prosaïques, comme des envies de vomir, des nausées continuelles, des crampes abdominales, des envies incessantes d'uriner ou d'aller à la selle, etc... Les poètes et les littérateurs, en général, nous ont laissé des descriptions remarquables de ces sensations, tels ces vers de Baudelaire, dans lesquels il dépeint :

« les vagues terreurs de ces affreuses nuits

Qui compriment le cœur comme un papier qu'on
[froisse. »

Parmi ces sensations, une des plus fréquentes est la sensation ou l'impression d'étouffement, d'étroitesse, qui explique l'étymologie du mot angoisse dérivé du latin *angustia*. L'ensemble de ces caractères fait ranger ces sensations dans la sensibilité proto-pathique de Head.

Quand les malades insistent non plus sur des sensations, mais sur des idées, des sentiments ou des croyances à travers lesquels ils veulent exprimer leur

tonalité affective, ils ont la même peine à parler avec précision de ce qu'ils éprouvent. Ils exposent leurs pensées d'une manière incomplète, obscure et embarrassée. Dans leurs descriptions, il s'agit de préoccupations et de recherches qui s'imposent au malade et qui aboutissent au développement d'une série d'idées catastrophiques et péjoratives. Cet état de recherches est très peu clair, c'est un état de trouble constitué par des directions de pensées contradictoires, généralement à peine formulées dans des fragments d'idées disparates. Le développement des actes et des pensées du malade n'est plus dirigé et présente de nombreuses oscillations entre des actes inverses. Il y a là des efforts désespérés qui échouent successivement. De plus en plus les possibilités se limitent et donnent l'impression d'un danger qui se resserre progressivement autour du sujet, ce qui se traduit par des idées catastrophiques sur les événements extérieurs et la notion d'une étroitesse croissante se confondant avec cette impression de gêne et de constriction que nous avons trouvée à propos des sensations d'angoisse. Ce développement de pensées aboutit à l'idée de la mort ; c'est une « méditation de la mort », selon l'expression de Brissaud, et traduit l'échec successif de toutes les possibilités envisagées.

Les malades comparent l'angoisse et l'anxiété à des peurs et à des douleurs. Il y a dans la douleur et la peur une tendance à l'écartement qu'on retrouve dans l'angoisse et l'anxiété. Dans les premiers états, le réflexe d'écartement est lié à la présence d'un objet défini, tandis que dans l'angoisse et l'anxiété il est général et vague. On parle alors de douleurs et peurs morales, c'est-à-dire sans objet. L'état de recherches

de l'anxiété est justement en rapport avec cet objet inconnu qui représente un danger caché et incompréhensible.

Le sujet cherche à interpréter ce danger inconnu et son interprétation prend alors certaines formes qu'il est utile de savoir.

Ce danger inconnu peut apparaître au sujet sous la forme d'une exagération des possibilités fâcheuses dans le développement d'une circonstance. Il parlera alors de ses affaires qui vont échouer, de ses amis qui vont le quitter et le trahir, d'événements qui vont contrarier tous ses projets.

Le danger inconnu peut être aussi une maladie ; le sujet cherche alors la cause de son mal dans tous les livres de médecine, consulte de nombreux médecins ou charlatans, prend les précautions les plus invraisemblables.

Le danger inconnu peut être une force surnaturelle et on a alors une des formes d'interprétation les plus curieuses et intéressantes à propos desquelles sont soulevés des problèmes d'une importance capitale dans la religion.

Le danger, la cause du mal, peut être le sujet lui-même. C'est par ses fautes, par son indignité, par son immoralité, qu'il est la cause des événements catastrophiques qu'il croit se développer. On assiste alors à la fuite de ses propres actions, les malades refusent de manger, de sortir, et à la fuite de soi-même, c'est-à-dire au suicide. L'anxiété prend alors la forme d'une auto-accusation, d'une recherche de ses propres méfaits.

Quand on fait non plus l'analyse psychologique, mais l'analyse des actes extérieurs et des manifesta-

tions organiques, on constate un ensemble de phénomènes constituant ce qu'on appelle « des modes d'expressions » qui sont des indices objectifs pour ces états. Parmi ces modes, les uns sont apparents et comportent la gesticulation et la mimique ; les autres sont profonds et nécessitent des techniques d'explorations spéciales. Le sujet présentant un accès d'angoisse et d'anxiété peut être agité ou immobile. Dans le premier cas, il se promène tout le long de sa chambre ou bien remue continuellement dans son lit, repoussant ou attirant les draps d'un geste précipité et sans but, ne trouvant plus sa place, se lamente et gémit. Dans le second cas, on le trouve immobile, comme collé sur son siège, compassé de tout son corps, raidi, tremblant ou parcouru de soubressauts ; s'il veut parler sa voix est comme étranglée, entrecoupée, « Vox faucibus haesit », quelquefois est presque aphone, il ne peut émettre que quelques sons rauques ; s'il veut écrire, son écriture est inégale, tremblante, anguleuse, présente des arrêts, les lettres sont penchées dans des directions différentes.

La face est généralement pâle, mais peut présenter aussi des alternances de rougeur et de pâleur consécutives ou même être rouge. Les traits sont tirés, les plis à tendance verticale ; sur le front se dessine parfois l'oméga de Schüle par l'action combinée des muscles frontal médian et sourcilier. Les yeux sont généralement exorbités et brillent, ils présentent d'une manière constante, pour Kornfeld, la dilatation des pupilles. La pupille gauche paraît présenter le maximum de dilatation avant l'accès. Le clignement est rare. Les cheveux sont hérissés. La peau présente « la chair de poule ». La sécrétion lacrymale est tarie : « Lacri-

mae non promanant ab extrema tristitia sed solum à médiocri », écrivait Descartes. La langue et la gorge sont sèches. La sécrétion salivaire est tarie. Une sueur froide tombe goutte à goutte de son front.

A ces manifestations on trouve associés parfois des hoquets, des rots, des vomissements, des crises de diarrhée, d'éternuements, etc...

On constate des troubles de la respiration qu'on peut enregistrer avec un pneumographe. D'après Sikorsky, on peut constater trois types respiratoires dans l'angoisse. Le premier est caractérisé par une inspiration très profonde avec respirations superficielles consécutives ; dans le second type on constate une expiration complète suivie de respiration imperceptible et enfin, dans un dernier type, des arrêts de la respiration consécutifs.

Les troubles circulatoires sont très importants et on leur a fait jouer un rôle considérable dans la genèse de ces états. Le pouls est d'habitude accéléré, allant jusqu'à 110-120 pulsations ou, au contraire, ralenti à 60-56 pulsations par minute. Il est variable d'un instant à l'autre, présente des arrêts, des salves de pulsations précipitées. La tension artérielle subit aussi des variations considérables et de l'instabilité. On admet d'habitude qu'elle varie dans le sens hypertension.

On y trouve aussi une élévation de la température interne, contrastant parfois avec la froideur périphérique due à la vaso-constriction et la sensation de froid.

Au niveau des viscères, on constate des spasmes : spasmes stomacaux, spasmes intestinaux, spasmes utérins, spasmes vésicaux, etc... On constate en même temps une hypersécrétion glandulaire amenant de la leucorrhée, des glaires muco-membraneuses, etc...

Au niveau de l'appareil génital, l'angoisse et l'anxiété s'accompagnent souvent d'érections, de crises clitoridiennes, d'éjaculations.

L'analyse des humeurs donne des résultats intéressants mis en valeur dans des travaux récents. Pour MM. Laignel, Lavastine, l'angoisse et l'anxiété sont exprimées sur le versant humoral par une alcalose. On constate une augmentation du p.H. sanguin et urinaire avec élévation parallèle de la réserve alcaline. On constate des troubles dans l'équilibre colloïdal. MM. Tinel et Santenoise ont trouvé de la leucopénie avec inversion de la formule leucocytaire au début et à l'approche des accès d'anxiété.

M. Piéron a montré une augmentation du taux de la glucose particulièrement élevé dans l'anxiété par rapport aux autres émotions.

La description rapide et schématique que nous avons tracée de l'angoisse et de l'anxiété nous les montre comme des états complexes. Dans l'étude qui suit nous chercherons à découvrir, si possible, des caractères objectifs qui permettront de définir ces états et de leur donner une signification. Pour systématiser cette étude, nous avons eu recours à la *méthode concentrique* de M. Laignel-Lavastine et nous allons envisager l'angoisse dans les zones psychique, nerveuse, endocrinienne et viscérale. Nous allons ensuite étudier le rôle des divers agents morbifiques, ce qui nous permettra d'envisager une thérapeutique de l'angoisse et de l'anxiété. Mais, auparavant, il est utile de passer rapidement en revue les différentes significations attribuées aux mots angoisse et anxiété, ainsi que de tracer en ligne générale l'historique des travaux faits à leur égard.

Au point de vue *étymologique*, le mot *angoisse* dérive du latin *angustia*, qui exprime la notion d'étroitesse. On le trouve dans les textes les plus anciens de la langue française et il est tantôt admis comme terme littéraire correct, tantôt rejeté par les grammairiens. sous le nom d'*anxietas*, on écrivait, au moyen âge, nay confirme qu'il est proscrit par la Nouvelle Ecole ⁽¹⁾. Voltaire avait écrit dans une critique des vers de Corneille; dans Horace, que « on ne dit plus guère angoisse. Quel mot lui a-t-on substitué ? Douleur, peine, affliction ne sont pas des équivalents. Angoisse exprime la douleur pressante et la crainte à la fois ».

Sa signification ancienne paraît avoir été plus étendue dans le langage courant qu'à présent et impliquait aussi la violence, la colère, etc... Dans le langage littéraire, on l'emploie soit dans le sens physique de sensation douloureuse, soit dans le sens moral. Ainsi Alexandre Dumas écrit que : « une angoisse plus mortelle lui serra le cœur », et Fénelon que : « toute la terre est un lieu de tribulations et d'angoisse pour une mauvaise conscience ».

Le mot *anxiété* est la naturalisation assez récente du latin *anxietas* qui signifie un état de crainte habituelle, de tendance à l'inquiétude. Rarement employé dans le français ancien, c'est surtout vers le XVIII^e siècle qu'il est employé d'une façon plus courante pour désigner un état d'inquiétude intense, de trouble et tourment moral. On le trouve comme terme médical pour la première fois en 1585 et Landais dit qu'on l'emploie en médecine surtout vers 1606 ⁽¹⁾. Mentionnons que, sous le nom d'*anxietas*, on écrivait, au moyen âge,

(1) Voir à ce sujet : BRUNOT, *Histoire de la langue française*.

(1) Voir Oscar BLOCH, *Diction. Etymol. P. U.*, 1932.

une phase avancée de la tristitia, de l'ascedia. Césaire de Heisterbach ⁽²⁾ la décrivait comme une phase dans laquelle le moine a l'esprit torpide, devient la proie de sécheresses, puis de scrupules, enfin de phobies.

Litré définit dans son dictionnaire l'angoisse comme un « sentiment de resserrement à la région épigastrique, accompagné d'une grande difficulté de respirer et d'une tristesse excessive », et l'anxiété comme un « état de trouble et d'agitation, avec sentiment de gêne et de resserrement à la région précordiale ». « Inquiétude, anxiété et angoisse, dit-il plus loin, sont les trois degrés d'un même état ».

L'importance des symptômes angoisse et anxiété n'avait certes pas échappé aux médecins de tous les temps. Hippocrate les employait déjà dans les pronostics des diverses maladies ; ces études médicales anciennes ont assez peu d'importance et ne présentent qu'un intérêt de curiosité. L'angoisse des états fébriles avait attiré l'attention des médecins et on trouve, à cet égard, une série de travaux au XVIII^e siècle.

L'angoisse névrotique a fait l'objet d'interprétations morales et théologiques. L'angustia de l'incubut apparaissait comme un agissement du diable. On peut par contre citer Willis, au XVII^e siècle, qui mit le siège de l'incubut et de l'angoisse dans le cerveau.

Du temps de Pinel et d'Esquirol, l'anxiété mélancolique n'était pas distinguée comme un groupe à part. On la retrouve dans quelques descriptions des états lypémaniques.

Ce n'est que dans la seconde moitié du XIX^e siècle que l'angoisse et l'anxiété firent l'objet d'études sys-

(2) ALPHANDÉRY, *J. de Psych.*, novembre-décembre 1929.

tématiques. En ce qui concerne l'anxiété liée aux psychopaties, Griesinger avait distingué, dans la mélancolie, une forme se traduisant par de l'agitation, forme pour laquelle Guislin, en 1852, créa le nom devenu classique de mélancolie anxieuse ou pneumo-mélancolie « par égard aux troubles qui règnent dans les organes de la poitrine et aux angoisses que les malades éprouvent et qui ressemblent à des accès de suffocation ».

Dans le groupe des monomanies, des travaux ont mis en évidence le trouble affectif. Morel, en 1866, publia son travail sur le *délire émotif* et, à sa suite, une série de travaux aboutirent à assigner à l'angoisse et à l'anxiété un rôle de premier plan. Un bon résumé des travaux issus de la thèse de Morel se trouve dans le rapport de Pitres et Régis, au Congrès de Moscou (1897) : « Prenez une obsession quelconque, doute ou homicide, supprimez par la pensée l'angoisse, l'anxiété qui s'y trouve et vous n'aurez plus d'obsession, enlevez l'idée fixe, vous avez encore l'obsession dans son essence, il n'y a pas d'obsession sans émotion, sans phénomènes vaso-moteurs. » (1).

Des travaux récents se sont attachés à découvrir le mécanisme et la signification de l'angoisse et de l'anxiété. Les uns se sont surtout attachés à étudier le côté somatique de ces états. Les premiers travaux anatomo-pathologiques ont cherché à découvrir un centre de l'angoisse qui fut localisée par Brissaud, Bonnier et d'autres dans le bulbe. Les travaux récents ont vu le problème sous son angle biologique et actuellement, pour l'angoisse et l'anxiété, le versant humoral est au

(1) Séméiologie des obsessions, XII, *Congrès de Méd.* 1897, p. 11.

premier plan, et on insiste sur les variations du pH dans le sens alcalin, le choc hémoclasique, etc... Le rôle du sympathique avait été entrevu déjà depuis longtemps et des travaux comme ceux de M. Laignel-Lavastine, en France, n'ont fait que montrer, d'une façon évidente, le rôle important qu'il joue dans l'expression de ces troubles.

D'autres travaux se sont, par contre, attachés à résoudre le problème au point de vue psychologique. M. Janet a montré le caractère primitif de l'angoisse et de l'anxiété et leurs rapports avec les abaissements du niveau mental et les troubles dans la règle de conduite. Freud et les psychanalystes ont montré le rôle de l'instinct sexuel (libido), de la symbolisation et de l'inconscient dans la genèse de ces états.

MM. Devaux et Logre ⁽¹⁾ ont décrit, sous le nom de constitution anxieuse, une variété clinique de la constitution émotive de Dupré, constitution qui, par son exagération morbide, expliquerait l'anxiété qu'on trouve dans diverses maladies.

Actuellement, malgré les nombreux travaux faits au sujet de l'angoisse et de l'anxiété, on est loin d'avoir trouvé l'explication de ces états et leur mécanisme. L'angoisse et l'anxiété posent des problèmes qui ne peuvent être résolus que d'une manière incomplète, dans l'état actuel de la science, et l'on doit se contenter d'hypothèses. Nous serions contents si, de notre côté, nous arrivions à envisager une hypothèse permettant d'expliquer provisoirement ces symptômes et qui servirait surtout à faire un pas en avant.

(1) Les anxieux.

ZONE PSYCHIQUE

Les diverses manifestations psychologiques sont en rapport, d'une part, avec les diverses modifications des conditions extérieures et, d'autre part, avec des forces surgissant des profondeurs de notre âme, de cette région qu'on appelle d'une façon courante l'inconscient. Il faut considérer donc, dans la zone psychique, deux versants : externe et interne.

Les diverses manifestations psychologiques qui appartiennent au versant externe se systématisent autour de l'action visible à l'extérieur qui devient le fait capital, et de laquelle se déduisent ces différentes manifestations. La pensée apparaît ainsi comme la reproduction de nos actes externes. Cette systématisation psychologique a été exposée par M. Pierre Janet, dans ses divers travaux, et sa psychologie de la conduite, forme élargie et supérieure de la psychologie du comportement, est une véritable psychologie du versant psychique externe.

Les manifestations psychologiques du versant psychique interne se déduisent des forces appartenant à notre moi profond, des instincts, et autour desquels elles se systématisent. Ce versant a été étudié surtout dans les travaux des psychanalystes. Le but et la contribution de la psychologie de Freud consistent à découvrir le rôle de l'inconscient dans la vie psychique; elle est la psychologie du versant psychique interne.

Au cours de notre étude sur l'angoisse et l'anxiété dans la zone psychique, nous allons nous rapporter souvent aux données et aux résultats des travaux de M. Janet et des psychanalystes.

ETUDE DE L'ANGOISSE ET DE L'ANXIÉTÉ DANS LE VERSANT PSYCHIQUE EXTERNE

En étudiant une catégorie de malades que M. Janet désigne sous le nom de psychasthéniques, on constate que, à propos d'idées que les sujets examinent avec attention, pour arriver à une solution nette, affirmative à leur égard, il se développait dans l'esprit une catégorie d'opérations à la fois excessives, stériles et d'ordre inférieur désignées par M. Janet sous le nom d'agitations forcées. Ces agitations forcées sont des opérations de substitution apparaissant à la place de phénomènes initiaux commencés par le sujet comme action volontaire, attention, croyance, émotion réelle, phénomènes qui ne s'accomplissent pas ou s'accomplissent d'une manière insuffisante. Cette insuffisance des phénomènes primaires est ressentie surtout par le sujet qui a, à leur égard, des sentiments d'incomplétude. Ces sentiments d'incomplétude sont dus à la perte de la fonction du réel et, pour M. Janet, il y a trois grands phénomènes qui jouent un rôle dans leur formation, à savoir : 1° la diminution de la synthèse mentale et, par conséquent, la diminution de la systématisation, de l'unité des éléments réunis dans le champ de la conscience. 2° La réduction de la complexité mentale, du nombre des éléments, sensations,

images, mouvements, émotions qui remplissent d'ordinaire la conscience et qui nous donnent le sentiment de la réalité et du présent. 3° Le souvenir de la manière dont fonctionnait autrefois notre pensée, de son unité, de sa richesse, les comparaisons entre cet état passé et l'état présent et les interprétations inévitables qui se mêlent à ces comparaisons ⁽¹⁾.

Le phénomène primaire, initial, ne présente plus donc ni la complexité, ni l'unité, ni l'adaptation au réel qu'il devrait avoir. Les phénomènes secondaires de substitution apparaissent comme des « opérations sans portée, incoordonnées, vagues et puériles, dignes d'un âge antérieur et quelquefois même d'une époque historique antérieure, en un mot, des phénomènes d'un ordre plus élémentaire ».

Si on établit entre les divers phénomènes psychologiques un ordre hiérarchique basé sur la notion de fonction du réel, c'est-à-dire de l'appréhension de la réalité sous toutes ses formes, on voit que les phénomènes primaires appartiennent au sommet de cette échelle et que les agitations forcées qui leur sont substituées appartiennent aux degrés les plus bas. La vie psychologique normale est le terme d'une évolution caractérisée justement par cette adaptation au réel. Les diverses agitations forcées apparaissent donc comme les signes d'une régression.

Les agitations forcées sont divisées par M. Janet en trois groupes, suivant qu'il s'agit d'agitations mentales, motrices ou émotionnelles et, dans chaque groupe, l'agitation peut se présenter d'une manière systé-

(1) JANET, *Obs. et Psych.*, p. 555.

matique ou d'une manière diffuse qu'on peut résumer d'après le tableau suivant ⁽¹⁾ :

Les agitations forcées

<i>Mentales</i>	{ <i>systématiques</i> , les manies mentales. <i>diffuses</i> , la rumination mentale.
<i>Motrices</i>	{ <i>systématiques</i> , les tics. <i>diffuses</i> , les crises d'agitation.
<i>Emotionnelles</i>	{ <i>systématiques</i> , les phobies. <i>diffuses</i> , les angoisses.

La suppression des phénomènes primaires est due, pour M. Janet, à une chute de la tension psychologique. Pour expliquer les agitations forcées, il introduit la notion de dérivation. « Quand une force primitivement destinée à être dépensée pour la production d'un certain phénomène, reste inutilisée parce que ce phénomène est devenu impossible, il se produit des dérivations, c'est-à-dire que cette force se dépense en produisant d'autres phénomènes non prévus et inutiles. »

Ainsi, quand on analyse cet état complexe qui est ressenti comme de l'angoisse, on constate, d'une part, des sentiments intellectuels d'incomplétude qui sont en rapport avec l'abaissement vrai du niveau mental ; d'autre part, il y a les sensations de troubles organiques qui apparaissent comme le résultat d'une décharge intéressant les appareils des fonctions organiques. Quand la décharge se produit au niveau de la poitrine, sur le diaphragme, sur le cœur, elle donne naissance à cette sensation de construction épigastrique et d'étouffement qui caractérise l'angoisse vulgaire.

Les mêmes phénomènes de dérivation sont constatés

(1) JANET, *Obs. et Psych.*, p. 112.

à propos de la rumination mentale et de l'agitation motrice qui ne sont que des dérivations vers des phénomènes d'ordre inférieur.

Les agitations forcées émotionnelles ont toujours un caractère désagréable qui les rapproche de la douleur, de la tristesse et de la peur avec lesquelles on les compare souvent. On constate alors comme une sorte de préférence de la part du malade de s'abandonner plutôt dans les ruminations et agitations motrices que de subir l'angoisse. Cette angoisse apparaît d'autre part comme cachée derrière ces manies et ces tics et apparaît chaque fois qu'ils sont empêchés, soit par l'effort volontaire, soit d'une autre manière, à se produire. Il y a donc comme une sorte de balancement entre les décharges au niveau viscéral et les décharges au niveau des fonctions de relations, les unes pouvant se substituer aux autres.

En étudiant les mélancolies et les tristesses, M. Janet a mis en évidence une conduite spéciale qu'il désigne sous le nom de *réaction de l'échec* et qui correspond au fait extérieur désigné sous le nom d'insuccès. Cette réaction de l'échec est déterminée dans la vie normale par les difficultés particulières présentées par les actes à propos desquels elle se produit. Au point de vue pathologique, la réaction de l'échec dépend d'un trouble de l'action et elle est disproportionnée vis-à-vis des circonstances extérieures.

La réaction de l'échec est faite d'une manière active; la défaite, comme le dit M. Janet, est une chose qu'on fait et non pas une chose qu'on subit. « Le vaincu est celui qui, ayant peut-être encore plus de force que l'adversaire, fait à un moment donné l'acte de la retraite. »

La réaction de l'échec comporte, d'une part, une partie négative qui est l'arrêt de l'action primaire, et une partie positive qui est l'acte du changement et qui consiste dans la substitution d'un autre acte au premier.

La réaction de l'échec joue un rôle essentiel dans l'angoisse. Cette dernière accompagne toujours, pour M. Janet, une réaction de l'échec faite à propos d'un acte quelconque et elle est plus ou moins grave suivant l'importance de l'acte arrêté par la réaction de l'échec. Pour expliquer les troubles physiques et psychologiques qu'on observe dans l'angoisse par la réaction de l'échec, M. Janet utilise toujours la notion de la dérivation. La charge de la tendance arrêtée est dérivée à des niveaux inférieurs. A côté de ces dérivations dues à l'arrêt de l'action primaire, il y a « des agitations actives, des tentatives de toute espèce pour substituer d'autres actes au premier, il y a la fuite de l'action et souvent la fuite jusqu'à l'extrémité opposée ». Ces réactions amènent une forte dépense et un grand épuisement qui portent sur les fonctions supérieures, ce qui a toujours pour conséquence de libérer du contrôle les fonctions inférieures et ajoute de nouvelles agitations. Ces agitations sont également mentales et il faut ajouter toutes les représentations des changements, des recommencements, des résignations difficiles qui augmentent encore l'épuisement et deviennent les éléments du sentiment de l'angoisse.

L'angoisse traduit donc l'arrêt d'une tendance, d'un désir. « Toute peur morbide, dit M. Jones ⁽¹⁾, est un désir arrêté et réprimé ». Dans la mélancolie, les actes

(1) E. JONES, *Journ. of Abn. Psych.*, 1911, p. 13.

sont arrêtés avant toute considération réfléchie et elle traduit un trouble dans la régulation de l'arrêt des actes. Les diverses idées morales qu'on trouve chez ces malades prennent la forme d'une peur de l'action et s'expriment dans des idées catastrophiques si elle porte sur des événements extérieurs et futurs, et dans des idées péjoratives si elle porte sur la personne du sujet et sur le présent. Elles se présentent comme un système de défense de l'individu devant l'action. Si le mélancolique doit prendre une décision ou si on l'oblige à accomplir un acte, surtout si cet acte est d'ordre supérieur, au niveau de la volonté, il présente des agitations qui traduisent la réaction de l'échec.

Pour Janet, l'anxiété proprement dite se réfère aux sentiments intellectuels accompagnant l'angoisse. Il y a d'abord des sentiments intellectuels qui se rattachent au groupe des sentiments d'incomplétude, sentiments de décadence, de chute, de folie, de mort en rapport avec l'abaissement du niveau mental. Il y a ensuite un sentiment d'insuccès perpétuel qui tient de la réaction de l'échec, devenue forte et générale. Il y a donc dans l'anxiété « le sentiment de l'urgence d'une action et en même temps du caractère défectueux et abominable de toute action ». « L'anxiété est composée de cette recherche perpétuelle et épuisante, d'une action indispensable et de ce dégoût de cette peur de toute action qui se propose. » ⁽¹⁾.

Il faut que nous reprenions à présent une question de terminologie. Ces sentiments intellectuels sont, comme nous l'avons déjà remarqué, purement subjectifs. Ils accompagnent tout autant les sensations vis-

(1) JANET, *de l'Ang. à l'Ext.*, II, p. 372.

céréales d'angoisse que les agitations mentales ou motrices, dont ils sont les tonalités affectives. Nous croyons qu'il est préférable d'adopter le nom d'angoisse aux synthèses constituées par les agitations au niveau organique et les sentiments d'incomplétude et d'insuccès et celui d'anxiété aux synthèses constituées par les agitations mentales et motrices et ces mêmes sentiments.

Nous pouvons donc dire que par angoisse et anxiété, on désigne des états d'agitation respectivement organiques ou mentaux et moteurs s'accompagnant de sentiments intellectuels d'incomplétude et d'insuccès. Ces agitations apparaissent comme la substitution de phénomènes psychologiques d'ordre supérieur définis par la fonction du réel telle qu'elle est comprise par M. Janet, ont elles représentent une régression. Il y a, d'autre part, un balancement entre les agitations organiques d'une part, mentales et motrices d'autre part, les unes pouvant se substituer aux autres, mais la règle générale étant leur co-existence. On exprime cela en disant que l'angoisse s'accompagne d'anxiété et vice-versa.

L'angoisse se produit surtout quand, par un effort de volonté, on cherche à réprimer l'agitation dans le domaine de relation, mentale et moteur. Inversement, quand, à la suite d'un trouble organique, il apparaît de l'angoisse, celle-ci est souvent transformée en anxiété par le sujet qui cherche à soulager sa souffrance.

Ces dérivations, d'une part dans le domaine moteur et mental, d'autre part dans le domaine viscéral, peuvent se simplifier, se réduire à des éléments uniques. On a ainsi des *équivalents d'angoisse* qui se réduisent

à un simple trouble organique et, d'autre part, des équivalents d'anxiété dans certains tics et manies réduits à des simples gestes ou formules ne s'accompagnant plus de tonalités affectives.

L'angoisse et l'anxiété sont des réactions dispendieuses, amenant des épuisements considérables et non adaptés à un but. On comprend dès lors que les sujets cherchent à les éviter le plus possible, ce qui prend la forme d'un recul vis-à-vis des tendances qui sont susceptibles d'être transformées en angoisse et en anxiété. M. Janet a mis en évidence cette peur de l'action, généralisée, caractéristique des mélancolies. Dès qu'une action se propose au mélancolique, le malade essaie de résister en émettant des idées catastrophiques et péjoratives en relation, soit avec le développement de l'événement qui invite à l'action, soit avec sa personne et qui se présentent comme des excuses vis-à-vis des autres et de lui-même, justifiant sa peur de l'action.

Dans la vie normale, les choses se passent d'une manière analogue. Les catastrophes, les cataclysmes, les calamités, les malheurs sont des circonstances vis-à-vis desquelles nous ne sommes pas adaptés et vis-à-vis desquelles nous ne pouvons réagir que par de l'angoisse et de l'anxiété.

Dans certains cas et particulièrement chez les obsédés, l'angoisse et l'anxiété accompagnent le désir de réaliser l'acte inverse de celui qui vient d'être troublé. L'accomplissement de ce désir apparaît au malade comme susceptible de lui procurer une satisfaction. L'angoisse et l'anxiété prennent alors la signification d'une sorte d'obstacle qu'il faut franchir pour pouvoir réaliser cette impulsion. L'acte inverse est géné-

ralement un acte réprobable, honteux, immoral, sale ; il représente les impulsions au crime, au sacrilège, à l'inceste, au vol. On comprend les actes inverses en se rappelant de l'association qui existe toujours entre les actes opposés. Le premier acte étant arrêté, l'acte qu'on cherche à lui substituer, c'est généralement son inverse. Cette oscillation entre actes opposés, on la trouve dans le doute, dans la délibération.

L'association de l'angoisse et de l'anxiété avec des désirs réprobables, formulés ou non d'une manière nette, trouvera une explication dans la psychologie de Freud que nous allons trouver dans le versant psychique interne.

ETUDE DE L'ANGOISSE ET DE L'ANXIÉTÉ DANS LE VERSANT PSYCHIQUE INTERNE

Nous avons vu que l'angoisse et l'anxiété se substituaient à certains actes, dits actes primaires, et vis-à-vis desquels ces agitations représentaient une régression. Nous avons vu, d'autre part, qu'il y avait une sorte de balancement entre l'angoisse et l'anxiété, c'est-à-dire que ces agitations pouvaient être dirigées soit sur le plan moteur et représentatif, soit sur le plan organique-viscéral.

Supposons que devant une circonstance il se produise deux tendances contraires : l'une qui serait celle de l'aborder, de lui faire face, l'autre celle de la fuir. Si nous persévérons dans le sens de la première tendance, il faut pour cela arrêter l'autre. Cet arrêt se fait souvent en réprimant la première tendance du plan moteur et conscient dans le plan organique où il est

transformé en angoisse. On dit, dans ce cas, que nous éprouvons de la peur et on a alors, d'une part, le sentiment de l'effort de répression de la tendance à fuir, et de l'autre des sensations organiques. Cela correspond bien à l'expression populaire « prendre le cœur entre ses dents ». Il suffit que cette répression faiblisse pour qu'il y ait anxiété, c'est-à-dire état d'oscillation entre tendances contraires et recherche.

L'association entre tendances contraires est une règle habituelle ; seulement, pour qu'une action puisse se produire, il faut qu'il y ait suppression de l'une d'elles. Si cette suppression est incomplète et la tendance inverse est transformée en angoisse, cela veut dire que l'acte primaire est inadapté et la circonstance maintient sa signification de dangereuse. Si à propos d'un acte il se produit de l'angoisse ou de l'anxiété, anormalement, cela veut dire qu'il y a un défaut dans la suppression de la tendance contraire, que le conflit entre ces deux tendances n'a pas été résolu d'une manière normale. Nous sommes donc amenés à étudier le processus de suppression ou, comme on le désigne encore, du *refoulement* et du sort des tendances refoulées, c'est-à-dire à envisager le problème de l'inconscient dans la genèse des états d'angoisse et d'anxiété. Nous comprenons l'inconscient dans le sens défini par Freud. Il ne se confond pas avec le subconscient. Une représentation, une tendance qui appartiennent au subconscient peuvent devenir conscientes par un effort d'attention. Par contre, les éléments psychiques appartenant à l'inconscient ne peuvent devenir conscients, mais ils ne cessent point pour cela d'influencer sur notre conscience. Ils prennent alors une forme déguisée qui est le *symbole*.

Selon Freud, on peut se représenter l'inconscient comme l'antichambre d'un cabinet ministériel, devant laquelle se pressent des solliciteurs, qui sont un autre cas des tendances. La porte est gardée par un portier vigilant représentant la *censure*. On n'admet pas dans le cabinet du ministre les personnes dangereuses et non agréées. Le subconscient forme la masse des solliciteurs admis, mais dont le ministre ne s'occupe pas encore. Le conscient serait constitué par quelques élus choisis dans la masse du subconscient.

Nous avons précisé ces quelques notions pour éviter toute confusion dans le sens que nous leur prêtons.

Pour Freud, l'angoisse est la reproduction de l'impression reculée ressentie à la naissance. C'est ce *traumatisme de la naissance* qui, en se répétant, détermine l'angoisse. Le mot même, angoisse, fait ressortir « la gêne, l'étroitesse de la respiration qui existaient alors comme effets de la situation réelle et qui se reproduit aujourd'hui régulièrement dans l'état affectif ». Le fait significatif est que ce premier état d'angoisse se produit lorsqu'il y a séparation entre la mère et l'enfant. L'angoisse représente un état de souffrance et, pour les psychanalystes, quand on envisage le développement psychique de l'enfant, « on ne tarde pas à constater, d'une façon très générale, que l'homme semble mettre plusieurs années, toute son enfance, notamment, à surmonter, d'une façon à peu près normale, ce premier traumatisme intensif » ⁽¹⁾.

Pour Freud, l'angoisse se manifeste de plusieurs manières. Il y a d'abord « l'angoisse d'attente » ou « attente anxieuse » ; « les personnes tourmentées par cette

(1) Otto RANK, *le Traum. de la naissan.*, p. 26.

angoisse prévoient toujours les plus terribles de toutes les éventualités, voient dans chaque événement accidentel le présage d'un malheur, penchent toujours pour le pire, lorsqu'il s'agit d'un fait ou événement incertain » (2). Cette attente anxieuse est caractéristique de la névrose d'angoisse qu'il range parmi les névroses actuelles, c'est-à-dire à attaches plutôt physiologiques. Cette angoisse d'attente dépend, dans une très grande mesure, de certains processus de la vie sexuelle. Dans le *coïtus interruptus*, l'excitation libidineuse se transforme en angoisse. De même cette attente anxieuse est en rapport avec la satisfaction sexuelle, l'abstinence sexuelle devenant, par conséquent, dangereuse, surtout si la libido présente un certain degré d'intensité et n'a pas été en grande partie supprimée par la sublimation.

Dans la névrose d'angoisse, la déviation de la libido de son application normale engendre l'angoisse qui est l'aboutissement de processus somatiques pour Freud. Dans l'hystérie d'angoisse, où l'on constate les phobies, l'angoisse a des attaches psychiques et présente des analogies avec l'angoisse infantile, avec laquelle on peut, d'ailleurs, l'identifier.

L'angoisse infantile n'a rien de commun avec l'angoisse réelle, c'est-à-dire de celle causée par un danger extérieur. Elle est causée par une libido inemployée et, n'ayant pas d'objet sur lequel elle puisse concentrer son amour, elle le remplace par un objet extérieur, par une situation.

Pour Otto Rank, tout le problème sexuel se résume pour l'enfant dans la fameuse question relative à la

(2) FREUD, *Introd. à la Psych.*, p. 425.

provenance des enfants. Cette question se manifeste par un processus de pensées insatisfaites, de solutions accompagnées d'un sentiment d'incomplétude.

Le mécanisme qui déclanche l'angoisse se laisse ramener à la reproduction de l'angoisse qui accompagne la naissance. Ainsi l'angoisse ressentie par l'enfant laissé seul dans une pièce obscure s'expliquerait par le fait que cette situation rappelle à l'enfant, encore sous l'impression inconsciente du traumatisme de la naissance, sa situation intra-utérine. La pièce obscure est le remplacement symbolique de l'utérus maternel. Ce même mécanisme, nous le retrouvons chez les sujets atteints de phobies : phobie des espaces clos, des tunnels, etc...

La phobie des animaux s'expliquerait par le fait du symbole qui les représente selon le volume du corps. La phobie des petits animaux rampants, tels que souris, serpents, crapauds, cafards dont la présence provoque un malaise qui tient à ce que ces animaux mènent une vie souterraine et disparaissent rapidement par un orifice quelconque, en symbolisant ainsi le désir et la réalisation du retour dans le refuge maternel.

L'angoisse éprouvée en présence des « grands animaux provient de ce que le sujet craint, après avoir été absorbé par eux, de se retrouver lui-même dans la situation correspondante à sa vie intra-utérine ; les petits animaux l'effraient au contraire à cause de la facilité avec laquelle ils pourraient pénétrer dans son corps et disparaître ». ⁽¹⁾

Pour Otto Rank, l'angoisse de la naissance est à la base de toutes les variétés d'angoisse et tout plaisir tend, en dernière analyse, à la reproduction primitive en rapport avec la vie intra-utérine.

(1) RANK. *Tr. de la naiss.*, p. 29.

L'analyse des névrotiques a montré aux psychanalystes que l'inconscient ne renonce jamais à cette prétention que le *moi* est obligé de refouler pour des raisons d'adaptation sociale. Quand le *moi* se trouve dans des situations proches de la situation pré-natale, comme dans le coma, le rêve, la névrose, dans lesquels l'inconscient prédomine, cette velléité devient apparente. Les symptômes d'incontinence nocturne sont des « preuves d'amour » à l'égard de la mère ; « l'enfant se comporte comme s'il menait encore une vie intra-utérine : *inter faeces et urinam* » (1).

L'inconscient le plus profond est toujours sexuellement indifférent et ne connaît que l'angoisse primitive en rapport avec l'acte de naissance.

Lorsqu'on perd une personne proche, quel que soit son sexe, la séparation réveille le souvenir de la naissance de la séparation avec la mère. Le détachement de la libido de cette personne correspond à une répétition psychique du traumatisme de la naissance.

L'état de sommeil peut être identifié en quelque sorte avec l'état intra-utérin. « Nous nous plongeons dans cet état automatiquement, dès que survient l'obscurité, c'est-à-dire que lorsque les circonstances extérieures sont telles que l'inconscient puisse les identifier avec l'état primitif. » (2).

On expliquerait ainsi les diverses angoisses nocturnes chez les névrotiques qui n'ont pas pu surmonter ce traumatisme de la naissance, réveillé par l'état de sommeil.

Les rêves-désirs et les rêves-angoisse de Freud se laissent expliquer par le retour à la situation primitive et

(1) O. RANK, *le Traum. de la Naissance*, p. 34.

(2) Idem, p. 99.

par la terrible interruption de cette situation occasionnée par le traumatisme de la naissance. L'inconscient ne peut concevoir la séparation, le départ, la mort que comme une réalisation de retour à la vie intra-utérine.

On constate donc que la tendance primordiale de la libido est la reconstitution de la situation primitive et voluptueuse dans l'utérus maternel. La représentation de cette tendance primordiale se trouve indissolublement liée au sentiment primitif d'angoisse et cela grâce à l'acte de la naissance qui a interrompu cet état voluptueux. Pour les psychanalystes, le but de la vie ultérieure consiste à remplacer ce paradis perdu, par des orientations imprimées à la libido et à ses destinées. Le sentiment d'angoisse n'est pas seulement la simple expression de préjudice physiologique, mais acquiert une tonalité affective par la suite de la transformation d'une situation agréable dans une situation pénible. « Cette angoisse *ressentie* formerait ainsi le premier contenu de la perception, autant dire le premier acte psychique qui oppose à la tendance, encore très intense, à la reconstitution de la situation voluptueuse perdue, la première barrière dans laquelle nous pouvons voir aussi le premier refoulement, le refoulement initial. » (1).

L'impression de l'angoisse primitive perçue et psychiquement fixée s'oppose à la tendance au retour dans l'utérus maternel et nous donne la possibilité de vivre ; sans elle, l'homme serait incapable de supporter la séparation douloureuse avec l'objet primitif et de réaliser son adaptation substitutive au monde extérieur. Toutes les fois qu'on arrive à se rapprocher de cette

(1) OTTO RANK, *op. cit.*, p. 222.

limite, on éprouve de l'angoisse. La seule possibilité de cette reconstitution est celle offerte par l'union sexuelle, par le retour partiel purement corporel dans l'organe féminin. Il y a alors une identification inconsciente de l'enfant et du pénis, identification qui est consciente dans certaines psychoses telles les représentations angoissantes d'un pénis actif, dissimulé dans l'intérieur de la femme chez l'homme homosexuel ou impuissant.

Au début, d'après Freud, notre vie sexuelle est incohérente, composée d'un grand nombre de tendances partielles exerçant leur activité indépendamment l'une de l'autre en vue d'un plaisir local procuré par les organes. Mais la libido traverse une série de phases successives aboutissant à la forme complète et définitive, qui constitue son but et qui est la fonction génitale. Les premières organisations de cette anarchie primitive sexuelle sont prégénitales et caractérisées par les tendances génitales sadiques et anales qui occupent le premier plan. Il n'y a pas encore opposition entre masculin et féminin, mais entre actif et passif. Encore plus primitif que l'organisation sadique et anale est le stade oral où la zone érogène buccale joue le principal rôle.

L'objet de l'élément buccal de l'instinct sexuel est le sein maternel. Par la suite, la tendance buccale devient auto-érotique comme le sont les tendances anales et autres tendances érogènes. Le développement ultérieur de la libido poursuit deux buts : de renoncer à l'auto-érotisme et unifier ensuite les différents objets des différentes tendances en les remplaçant par un seul et unique objet.

Le premier objet d'amour est la mère et à ce choix se rattache le *complexe d'Œdipe*.

« L'inceste maternel est un des crimes d'OEdipe, le meurtre du père est son autre crime. » Le complexe d'OEdipe, en s'élargissant, devient le complexe familial lorsque la famille s'accroît par la naissance d'autres enfants.

Pour qu'un homme cesse d'être enfant, pour devenir membre de la collectivité, le fils doit détacher de sa mère ses désirs libidineux pour les reporter sur un objet réel étranger et se réconcilier avec le père. En ce qui concerne la fille, il est nécessaire qu'une partie de la libido, primitivement maternelle, soit transférée sur le père pour renoncer à l'espoir d'un retour actif vers la mère, de la pénétration dans la mère. Ce retour et cette pénétration constituent un privilège purement masculin. Il y a donc chez la fille une tendance libidineuse envers le père et comme conséquence une hostilité envers la mère qu'elle doit concilier pour aboutir à la vie sexuelle normale.

Ce développement de la libido, pour aboutir à la phase dite normale quand elle se trouve mise au service de la procréation, peut subir des arrêts. On appelle *fixation* d'une tendance le fait que cette tendance partielle s'est attardée à une phase antérieure. De plus, la pathologie nous enseigne que des éléments avancés peuvent retourner à l'une des phases antérieures: c'est la *régression*. « Fixation et régression présentent des étroites relations. Plus la fixation est forte au cours du développement, plus il sera facile à la fonction d'échapper aux difficultés extérieures par la régression jusqu'aux éléments fixés, et moins la fonction formée sera en état de résister aux obstacles extérieurs qu'elle rencontrera sur son chemin. »⁽¹⁾

(1) FREUD, *Introd. à la psych.*, p. 367.

Il y a deux sortes de régression : retour aux premiers objets de nature incestueuse et retour de toute l'organisation sexuelle à des phases antérieures.

A côté de la libido, il y a des tendances du moi. Le moi se conforme aux principes de la réalité et la libido aux principes du plaisir. Il y a opposition entre les tendances du moi et les tendances sexuelles et cette opposition donne naissance à un *conflit psychique*. La privation extérieure écarte une certaine possibilité de satisfaction ; la privation intérieure pourrait écarter une autre possibilité et c'est à propos de ces possibilités qu'éclate le conflit.

Mais qu'est-ce que le moi ? Freud appelle *moi* l'entité qui a son point de départ dans le système P (perception) et qui est, en premier lieu, conscient et il réserve la dénomination de *soi* à tous les autres éléments psychiques dans lesquels le moi se prolonge en se comportant d'une manière inconsciente. Ou mieux, le moi ne représenterait que la partie du soi ayant subi des modifications déterminées sous l'influence du système des perceptions, c'est-à-dire il représenterait, dans le domaine psychique, la réalité externe. Le moi subit lui-même des évolutions et, à un moment donné, il s'accomplit au sein de celui-ci une différenciation désignée sous le nom de *super-moi*. (Ueber Ich.)

Lorsque le soi doit retirer son attachement d'un objet, le moi revêt les traits de l'objet, il semble chercher à s'imposer à l'amour du soi, à le consoler de sa perte. La transformation de l'attitude libidineuse à l'égard de l'objet à une libido narcissique implique le renoncement au but purement sexuel constituant une sorte de sublimation.

Dans le complexe d'Œdipe, il y a d'une part une

attitude ambivalente à l'égard du père, identification et hostilité et tendresse pour la mère : c'est le complexe d'Œdipe, simple et positif. Sous sa forme plus complète à la fois positive et négative en rapport avec la bi-sexualité de l'enfant, nous avons en plus une attitude de tendresse féminine à l'égard du père et une attitude correspondante d'hostilité jalouse à l'égard de la mère. C'est ce qui se passe chez le petit garçon ; une situation analogue, tous rapports inversés, se trouvera chez la jeune fille. Lors de la destruction du complexe d'Œdipe, les quatre tendances qui en forment le contenu s'associeront pour donner naissance à une identification avec le père et à une identification avec la mère. « Le *super-moi* s'efforcera de reproduire et de conserver le caractère du père », et plus le complexe d'Œdipe sera fort, plus vite sous l'enseignement religieux, de l'autorité, de l'institution, des lectures, s'en effectuera le refoulement, plus forte sera aussi la rigueur avec laquelle le *super-moi* régnera sur le moi, en tant qu'incarnation des scrupules de conscience, peut-être aussi d'un sentiment de culpabilité inconsciente. » (1).

Le *super-moi* représente l'héritage du complexe d'Œdipe et, par conséquent, il est chargé des tendances les plus puissantes de la libido du soi. Par son intermédiaire, le moi s'est rendu maître du complexe d'Œdipe et s'est soumis au soi.

Pour revenir au moi, nous voyons que le moi subit d'une part l'influence des perceptions et, d'autre part, l'action des instincts et des penchants au même titre que le soi dont il n'est qu'une dépendance.

Pour Freud, il y a deux variétés d'instincts : d'une

(1) FREUD, *Essai de Psychan.*, p. 201.

part, les instincts sexuels qui comprennent : 1° l'instinct sexuel proprement dit, sublimé ou non ; 2° les tendances du moi. Ces deux tendances sexuelles proprement dites du moi s'opposent pour des raisons d'orientation différentes. A l'instinct sexuel ou Eros, *instinct de la vie* (conservation et reproduction) s'oppose un *instinct de mort* marquant l'opposition physiologique, construction et destruction.

La vie est un acheminement vers la mort qui est empêchée par les exigences d'Eros. Contre la libido, le soi se défend par différents moyens guidés par la perception du déplaisir. La complète satisfaction d'Eros amène la mort par décharge totale d'Eros, comme on le voit chez divers animaux inférieurs après la procréation.

Nous arrivons donc à une véritable construction métaphysique qui constitue la force et le point faible de la théorie Freudienne. Il y a beaucoup de choses vraies dans la psychanalyse, mais qu'il faut savoir comprendre à leur juste valeur et ne pas se laisser entraîner à des exagérations. M. Laignel-Lavastine a distingué les Freudiens des Freudistes. Ces derniers n'appartenant pas toujours au corps médical, se laissent entraîner à des constructions fantaisistes, presque morbides, et qui font la caractéristique de toute une littérature plus ou moins obscène.

Revenons à présent à l'angoisse et voyons comment elle s'explique dans cette construction psychanalytique. Le point de départ de toute cette destinée de la libido a été l'empêchement de la tendance libidineuse au retour dans l'utérus maternel. Le choix des objets, toutes les constructions psychologiques ultérieures se réduisent au fond, en dernière analyse, à faire suppor-

ter cet empêchement. Chaque fois que les exigences de la libido ne peuvent plus être dominées et détournées, on assiste à la reproduction du traumatisme de la naissance, derniers obstacle à la réalisation complète des désirs libidineux.

L'angoisse est engendrée par le moi sous la menace du danger extérieur, de la libido du soi et de la sévérité du surmoi ; on a donc trois variétés d'angoisse.

Le super-moi, c'est-à-dire l'idéal du moi, représentait autrefois la *menace de castration*. Nous avons dit que le super-moi représente surtout le père ; la velléité sexuelle ayant pour objet les organes sexuels de la mère, fait naître un sentiment de culpabilité à l'égard du père, sentiment de culpabilité qui accompagne l'angoisse se passant entre le moi et le super-moi.

D'autre part, le moi se sacrifie parce qu'il se sent haï et persécuté au lieu d'être aimé par le super-moi, en se déchargeant dans une mesure considérable de sa libido narcissique. Il devient alors la proie des instincts d'agression, de mort. C'est pour cela qu'à cette variété d'angoisse se passant entre le moi et le super-moi, on a donné le nom « d'angoisse de mort ».

L'angoisse de mort, c'est l'angoisse de la mélancolie avec les sentiments de culpabilité et de péjoration qu'on trouve dans ces états. Le super-moi est devenu hypermoral et agressif. Les instincts de mort qui étaient dirigés à l'extérieur, sont dirigés à présent contre le moi lui-même.

Dans la névrose obsessionnelle, il y a une régression vers l'organisation pré-génitale qui rend la possibilité de transformer les impulsions amoureuses en impulsions agressives contre le même objet. Cette régression n'est pas effectuée par le moi, mais s'opère dans le

soi. Le moi, à la faveur de l'identification, se rend maître de la libido, mais sera puni par le super-moi qui dirigera contre lui l'agressivité devenue libre à la suite de sa séparation d'avec la libido, avec laquelle elle était associée.

Devant le danger réel extérieur auquel le moi ne croit plus pouvoir paraître par ses moyens, il se présente une situation analogue. Le super-moi remplit, comme le père, une fonction de protection ; le moi se voit abandonné dans le danger par les puissances protectrices et se laisse mourir. L'angoisse réelle est une « angoisse de mort ».

En ce qui concerne l'angoisse se passant entre le soi et le moi, on voit le moi développer le réflexe de fuite qui s'exprime sous la forme d'angoisse en retirant son attachement libidineux aux processus qui s'accomplissent dans le soi et qui représentent un véritable danger à ses yeux.

Revenons à une question que nous avons mentionnée au début de notre étude sur les données de la psychanalyse, sur le conflit entre les tendances du moi et les différentes formes de la libido. Pour qu'un tel conflit puisse exister, il faut, d'une part, qu'il y ait activation de la libido et, d'autre part, affaiblissement du moi. D'habitude, l'opposition entre le moi et la libido se résout d'une façon automatique par la suppression, c'est-à-dire le refoulement qui s'accomplit d'une manière plus ou moins parfaite. Quand cette suppression ne se produit pas automatiquement, il y a de la part du moi une répression, c'est-à-dire un processus intellectuel volontaire tendant à supprimer le trouble instinctif. Celui-ci s'accompagne d'un caractère désagréable et est à l'origine de la névrose. L'opposition

entre les tendances du moi et les exigences libidineuses doivent être résolues d'une manière automatique. C'est pour cela que tout essai conscient n'aboutit à rien ; c'est là, nous le croyons, l'origine du doute. Nous avons mentionné plus haut les autres solutions du conflit par des moyens pathologiques, c'est-à-dire imparfaits.

Il est très intéressant de rapprocher des études psychanalytiques les résultats de l'expérience mystique. Pascal a montré, dans sa psychologie du divertissement, ces actions du moi qui ont pour but de nous détourner de penser au néant et à notre petitesse et nous font arriver insensiblement à la mort. Donc, il a mis en évidence le sens de beaucoup de nos actions qui ont pour rôle de nous divertir.

Ces actions répondent à la nécessité d'empêcher une tendance qui naît dans l'homme à propos de la solitude, vis-à-vis du néant, qui cause l'ennui. Il avait découvert l'existence d'actes psychologiques résultant d'une impulsion inconsciente.

D'autre part, l'expérience mystique nous montre que, pour que Dieu puisse établir dans notre âme une demeure permanente, il faut qu'il détruise notre moi, qui est en quelque sorte l'ennemi de Dieu et c'est de cette unique façon qu'on peut réaliser la complète union de l'âme avec Dieu. Le Père Surin écrit : « Dieu met l'âme dans des sécheresses, dans des peines et dans des agonies nécessaires à l'homme, pour se détacher non seulement des choses extérieures, mais de soi-même et dompter ainsi l'amour-propre qui nous est naturel. » M. Ollier, un des mystiques catholiques qui a souffert les plus atroces tortures, donne de l'angoisse cette interprétation : « Dieu est jaloux au point

de l'être de ses propres dons et, craignant qu'on ne les aime et qu'on ne s'y attache, il les retire de nous et nous en prive pour nous obliger d'avoir recours à Lui unique, à Lui pur et simple, sans autre vue, autre détour et autre amour que Lui seul. » Dans l'angoisse mystique, on note cette soif de Dieu, cette avance vers Dieu d'une âme effrayée à travers le chemin aride des lourdes tentations, l'intelligence tourmentée et dans le doute souffrant de peines atroces. On retrouve donc cet attrait vers quelque chose d'inconnu surgissant des profondeurs de l'âme et s'accompagnant de souffrances et de troubles intellectuels. N'est-ce pas là la traduction sur un autre plan de ce désir de la libido et de l'angoisse qui s'y oppose ? Nous touchons ici un point très délicat qui sort du domaine de la médecine pour rentrer dans celui de la pure spéculation et qui est presque inévitable pour les études psychologiques sur l'angoisse.

Pour résumer ce versant psychique interne, nous pouvons dire qu'il y a à l'origine de toute angoisse un désir et un conflit, cela veut dire que ce désir ne peut plus trouver sa satisfaction. Le mérite des psychanalystes a été de montrer comment on arrivait à concilier, au cours de notre vie, d'une part, les tendances inconscientes et dont l'origine, en majeure partie, est organique et, d'autre part, les tendances issues des nécessités extérieures. A chaque stade de notre vie, il y a des associations entre divers éléments mentaux, associations qu'il faut éviter dans des stades ultérieurs. Quand une telle association se produit, il y a manifestation pathologique. Or, l'angoisse paraît se produire à la faveur de réflexes constitutionnels réveillant, reproduisant le traumatisme de la naissance.

Cela suppose des insuffisances dans notre développement psychique. Pour éviter, pour se défendre de l'apparition de cet état, on assiste à des phénomènes psychologiques, maladifs telles que les phobies, les obsessions, etc... qui ne sont à leur tour que d'autres formes de régression.

Nous aboutissons donc, après l'étude des versants psychiques externe et interne, à la notion d'une régression psychique en rapport avec l'angoisse et l'anxiété. Dans le versant psychique externe, l'angoisse et l'anxiété étaient des agitations, c'est-à-dire des phénomènes psychologiques inférieurs ; l'étude du versant psychique interne nous apprend qu'elles sont des manifestations de l'inconscient dans leur lutte avec le moi, manifestations ayant la signification d'un premier contenu de conscience.

Comme dans toute angoisse et anxiété, il faut supposer une régression ; la reproduction de celle-ci répond à un mécanisme de réflexes conditionnels et c'est la nature de ce réflexe conditionnel qu'il faut dépister dans chaque cas d'angoisse et d'anxiété.

ZONE NERVEUSE

Dans la zone nerveuse il faut considérer d'une part le versant de la neurologie de relation et d'autre part le versant sympathique.

VERSANT DE LA NEUROLOGIE DE RELATION

Les troubles nerveux sensorio-moteurs en rapport avec l'angoisse et l'anxiété peuvent prendre deux formes.

On peut constater d'abord une forme hyperesthésique. Les réflexes tendineux, cutanés et pupillaires sont amples. L'hyperesthésie sensorielle, surtout auditive, est très marquée et s'accompagne de réactions vives et diffuses dans la musculature mimique, vocale, etc... Cette hyperesthésie du système nerveux de relation correspond à une élibération des centres inférieurs échappés du contrôle des centres supérieurs nerveux, ce qui explique cette diffusibilité des réflexes. Cet « escape from control » des centres inférieurs nerveux peut être mis en parallèle avec l'abaissement du niveau mental décrit par M. Janet.

Dans le versant sympathique il correspond à cette forme hyperesthésique sensorio-motrice une excitation de l'ortho-sympathique surtout au niveau du splanchnique, avec décharge des surénales.

La seconde forme apparaît comme l'inverse de la précédente et se traduit par une anesthésie sensorielle surtout thermique. De même la sensation de douleur n'est presque plus perçue ; les malades peuvent rester dans le froid sans se rendre compte, il ne sentent plus une piqûre d'aiguille, etc... Leurs membres sont parésiés, leur voix est altérée. Les sujets sont généralement pâles, leur tension artérielle est basse, leur pouls est lent. A chaque nouvel événement auquel ils essaient de prêter attention le pouls est réaccélééré.

Les malades peuvent présenter, dans un même accès, alternativement ces deux formes. La première paraît être en rapport surtout avec l'anxiété, la seconde avec l'angoisse.

Dans la forme hyperesthésique on constate aussi une hypertonie. Le sujet présente une certaine raideur, des soubressauts, une perte du rythme qu'on peut mettre sous le compte de trouble des fonctions du diencephale.

La localisation du substratum anatomique de l'anxiété est une question encore en travail, mais il y a de fortes présomptions en faveur d'une localisation au niveau du diencephale. M. Laignel-Lavastine ⁽¹⁾ a insisté sur les corrélations qu'on peut établir entre l'encéphalite épidémique, le syndrome parkinsonnien et les troubles anxieux, dans lesquels on constate une neurotonie diffuse avec prédominance vagale.

MM. Dupouy et Hyvert ⁽²⁾ décrivent le cas d'un sujet jusque-là indemne d'obsession et de doute qui, à la suite d'une encéphalite épidémique, devient inquiet, se sent dans un état d'attente perpétuelle, cède parfois

(1) *Congr. de neurol. de Paris*, 1921.

(2) *Enc.*, XXI, 3, 1926, p. 216-219.

à l'obsession envahissante de s'en aller. Ces dispositions acquises paraissent être l'effet des lésions produites dans le diencéphale.

M. Targowla ⁽¹⁾ insiste dans le syndrome d'anxiété sur la présence de signes neurologiques de la série pyramidale et extra-pyramidale et signes pupillaires d'une part, signes d'insuffisance hépato-rénale, modifications des humeurs, en particulier du liquide céphalo-rachidien d'autre part.

L'angoisse et l'anxiété se trouvent associées de même à une série d'affections nerveuses localisées au niveau du bulbe. Brisseaud avait même admis l'existence d'un centre bulbaire de l'angoisse. Les travaux qui ont mis en évidence l'association de l'angoisse à des syndromes nerveux bulbaires datent depuis longtemps. Ainsi dans la paralysie labio-glosso-pharyngée, Duchenne de Boulogne ⁽²⁾ a décrit des accidents respiratoires et cardiaques, qui, dit-il, se montrent par crise et sont caractérisés par un sentiment de défaillance, par une sorte d'oppression cardiaque, avec anxiété extrême et crainte d'une mort prochaine, par une grande vitesse (140 pulsations) avec irrégularité, intermittence et petitesse du pouls. Alors souvent peut survenir une syncope plus ou moins longue. C'est par l'une d'elles que se termine habituellement la paralysie labio-glosso-pharyngée.

Déjerine ⁽²⁾ avait décrit comme caractéristique de la destruction progressive des centres moteurs, des muscles inspireurs de la moelle épinière, une dysp-

(1) La Psych. anxieuse, synd. encéphalitique, *Ann. M. Psych.*, LXXXVIII, I, 1930, p. 249-266.

(1) *De l'électrisation localisée*, 2^e édit., p. 628.

(2) Dans le *Traité de Pathol. génér.*, de BOUCHARD et ROGER.

née croissante parallèle à la paralysie de ces muscles : « Bientôt se produit une anxiété considérable, un ralentissement notable de la respiration, une inspiration très lente et difficile, exigeant l'intervention des muscles auxiliaires, l'abaissement du diaphragme suppléant au défaut d'élévation des côtes. A l'ampleur et à la lenteur de l'inspiration s'oppose la brièveté de l'expiration suivie d'une pose longue qui précède l'inspiration suivante. »

Londe ⁽¹⁾ remarque que « c'est là un type de dyspnée que l'on retrouve, soit dit en passant, dans certaines paralysies dyphtériques, dans l'insuffisance hépatique, dans le coma diabétique, dans toutes les circonstances capables de faire naître l'angoisse ».

Des observations de ce genre ont amené à situer à peu près le centre bulbaire de l'angoisse au voisinage des centres respiratoires et cardiaques.

Des lésions au voisinage de ce centre produisaient de l'angoisse. Ainsi nous avons le malade de Brissaud qui avait une paralysie faciale avec poulx lent permanent, vertige, petits accès comitieux caractérisés par une absence incomplète, peur des grands espaces et anxiété. Dans d'autres cas, on avait observé une gomme du cervelet qui produisait des crises « tenant à la fois de la syncope et de l'épilepsie et s'accompagnant d'angoisse ».

Bonnier ⁽²⁾ a rapporté une observation où le tableau clinique était constitué par des vertiges, des phénomènes auditifs passagers, des troubles oculo-moteurs réflexes, des manifestations douloureuses dans le do-

(1) *Revue de Médecine*, 1902, p. 704 à 715.

(2) Un nouveau syndrome bulbaire, *Presse Médicale*, 1903, p. 174.

maine du trijumeau qui s'accompagnaient d'un état nauséux et anxieux intense. Il rapporte ces troubles à une lésion du noyau de Deiters.

LE SYMPATHIQUE DANS L'ANGOISSE ET L'ANXIÉTÉ

Dans la description que nous avons faite de l'angoisse et de l'anxiété, nous avons insisté sur la présence de manifestations organiques dépendant du système sympathique. Nous allons voir dans le présent chapitre comment elles se systématisent.

Parmi ces manifestations, certaines sont sous la dépendance du pneumogastrique. M. Laignel-Lavastine a décrit la *petite anxiété vagotonique* caractérisée par quatre symptômes pneumogastriques : anxiété, tendance un peu nauséuse, constipation et ralentissement du pouls. Les petits anxieux vagotoniques présentent, au point de vue psychique, une forme d'anxiété que nous avons déjà connue sous le nom « d'attente anxieuse ». Il est évident que cette anxiété peut prendre une forme systématique, devenir une phobie, mais il y a alors intervention d'autres facteurs en dehors de leur état vagotonique. Ces malades sont très sensibles aux changements météorologiques et cosmiques : ils présentent de la météoro-sensibilité. La météoro-sensibilité est très grande chez les animaux qui peuvent pressentir à distance et à l'avance les changements atmosphériques, les tremblements de terre, les orages, etc... Chez les hommes, les diverses variations climatiques, saisonnières, barométriques, électriques, thermiques, actiniques, cosmiques, etc... produisent

des changements de la tonalité affective. On connaît ainsi la mélancolie liée à l'automne, l'exubérance du printemps, la morosité des jours de pluie, etc... Nous insisterons particulièrement sur les rapports qu'affectent, d'une part, les variations météorologiques et cosmiques avec l'hyperexcitabilité vagale et, d'autre part, avec la tendance à l'anxiété.

Les temps orageux, les décharges électriques qui désélectrisent l'atmosphère produisent une hyperexcitabilité vagale. Il correspond d'autre part un état d'attente anxieuse sur le plan psychique, comme si l'on était devant un danger inconnu pouvant surgir de toutes parts. L'association entre l'orage et un mystère plein de dangers qui rôde a été utilisée souvent dans l'art dramatique ; les mélodrames en ont abusé, mais reste encore un des moyens les plus forts pour créer « l'atmosphère » d'une pièce.

Chez les vagotoniques, les malaises, les inquiétudes, l'anxiété évoluent parallèlement à l'excitabilité de leur pneumogastrique. Ainsi, l'excitabilité vagale est plus grande le matin que le soir, d'où l'exagération des malaises de ces malades le matin ; il y a alors une réaction de défense que nous avons constatée chez les mélancoliques et qui est la peur de l'action. Ces malades ont de la peine à se lever de leur lit, à passer de leur état de sommeil à l'état de veille. Il y a, au moment de cet essai, apparition d'idées catastrophiques, de dégoût, qui ne sont, au fond, que la peur de l'action. Le soir, il y a, au contraire, de l'euphorie, une sensation de bien-être et même de l'agitation.

D'habitude l'air est chargé positivement par rapport au sol, exceptionnellement il peut être négatif et parfois il peut être neutre, comme dans les espaces clos.

Nous sommes généralement plongés donc dans un champ électrique dont les lignes de force sont dirigées de haut en bas et qui est positif, c'est-à-dire que la charge négative demandera de notre part des réactions d'adaptation spéciale. Nous observons, quand la charge varie du positif vers le négatif une augmentation parallèle de l'hyperexcitabilité du pneumogastrique. On peut s'expliquer alors l'anxiété liée à la notion des espaces clos, la claustrophobie. Cette claustrophobie peut s'expliquer aussi par l'excitation du pneumogastrique liée à l'acide carbonique de l'air confiné qui existe d'habitude dans les endroits clos. Notre psychisme a pour charge de prévoir les situations désagréables. La phobie est en quelque sorte la prévoyance de l'angoisse et de l'anxiété. Nous voyons donc une explication de cette systématisation psychique.

La chute barométrique a une importance considérable sur l'état vagotonique parallèlement à la vitesse avec laquelle elle se produit. On a alors une excitation du vague qui ne peut être équilibrée, ce qui amène un état de vagotonie et malaises consécutifs.

Le jeûne a une influence particulière sur l'hyperexcitabilité du pneumogastrique que le repas calme. La fatigue amène un état vagotonique. Les états d'épuisement se caractérisent souvent par un noyau vagotonique, et la vagotonie est presque la règle chez les psychasthéniques.

Nous pourrions donner des exemples nombreux sur les rapports entre l'hyperexcitabilité vagale et l'anxiété, entre les relations qui unissent cette hyperexcitabilité vagale et certains changements du milieu ambiant. Il nous suffit de remarquer pour le moment que tous

les changements du milieu ambiant qui provoquent la vagotonie sont des événements vis-à-vis desquels il y a une difficulté particulière de l'adaptation dans la vie de relation. A la vagotonie correspond un état de recherches qui n'aboutit à rien et nous retrouvons là une des caractéristiques principales de l'anxiété.

Le système vagal ne comprend pas seulement le pneumogastrique, qui est le vague supérieur. Il comprend aussi d'autres parties, notamment le parasympathique sacré, constitué par l'érecteur sacré. L'homologie réactionnelle du pneumogastrique et de l'érecteur sacré explique l'association de l'angoisse et de la volupté, sur laquelle M. Laignel-Lavastine a particulièrement insisté dans ses articles et ouvrages. L'anxiété peut coïncider avec une hyperexcitabilité du vague inférieur comme elle coïncide avec l'hyperexcitabilité du pneumogastrique. On explique ainsi certains vols par mobile sexuel à cause de l'anxiété concomitante et la volupté consécutive. Ainsi s'expliquerait aussi l'angoisse d'attente de Freud par excitation sexuelle fruste qui, ne pouvant produire des décharges dans le domaine génital, s'accompagne, à cause de l'homologie réactionnelle, d'une hyperexcitabilité du pneumogastrique désagréable, nauséuse et angoissante.

L'hyperexcitabilité du pneumogastrique liée à l'anxiété s'accompagne en grande mesure d'une instabilité du sympathique tout entier. L'hyperexcitabilité simple vagale produit surtout du malaise. Pour qu'il y ait anxiété il faut qu'il y ait quelque chose de plus. L'hyperexcitabilité du vague est le point de départ de l'angoisse et de l'anxiété.

Pour M. Laignel-Lavastine, lorsqu'on peut prendre

la courbe évolutive des réflexes sympathiques depuis le commencement d'un accès anxieux jusqu'à sa terminaison, on peut constater une première phase d'exagération du réflexe oculo-cardiaque et une seconde phase où, ce réflexe étant encore exagéré, il y a en même temps exagération du réflexe solaire et du réflexe orthostatique, indiquant qu'il y a une diffusion des réflexes et que l'accès, « ayant commencé par une exagération de l'excitabilité du vague, se termine par une exagération de l'excitabilité de tout le sympathique ». M. Janet est lui aussi de la même opinion et rapporte les manifestations de l'angoisse à une excitation du holosympathique.

MM. Euzière et Margarot soutiennent que l'activité du sympathique emporte habituellement sur celle du vague au cours des états anxieux et qu'elle est d'autant plus marquée que l'anxiété est plus vive. Ces variations présenteraient un parallélisme plus rigoureux encore avec les divers degrés de l'élément physique de l'anxiété. Ils ont constaté notamment un réflexe oculo-cardiaque inversé et notamment, disent-ils, la plupart des manifestations de l'angoisse et de l'anxiété sont des manifestations de l'hyperexcitabilité de l'orthosympathique, tels : la pâleur, la mydriase, la sécheresse des globes oculaires, la gorge sèche, les frissons, les sensations de chair de poule, les sueurs froides, etc... M. Laignel-Lavastine distingue d'ailleurs d'une part les petits anxieux vagotoniques et les anxieux rouges tachycardiques.

L'orthosympathique n'a pas la même signification que le vague. L'orthosympathique est un système profondément organique, tandis que le vague est un système nerveux intermédiaire entre l'orthosympathique

et le système nerveux de relation. C'est dans ce sens qu'il faut comprendre, d'après M. Laignel-Lavastine, la différence d'ordre entre les réactions de ces deux systèmes. L'équilibre organique est en grande partie un équilibre vago-sympathique. Le fait de constater une hyperexcitabilité de l'holosympathique signifie un état de déséquilibre particulier comparable en quelque sorte aux états psychologiques caractérisés par une baisse de tension. Les diverses décharges organiques qui traduisent une dépense exagérée de forces ne sont plus économiques, elles ne sont pas adaptées.

L'excitabilité du sympathique entier prend surtout la signification d'un affaiblissement de la fonction de synthèse organique. C'est une agitation organique de même nature que les agitations motrices de relation.

L'excitabilité de l'orthosympathique est en rapport avec les diverses sensations cénesthésiques ressenties dans l'angoisse et l'anxiété. Ce sont surtout les sympathicotoniques qui se plaignent de douleurs diffuses, de sensations diverses, etc... Par une médication appropriée qui calme l'orthosympathique, on arrive à influencer surtout sur ces sensations sans influencer la tonalité effective de l'angoisse et de l'anxiété. Celle-ci est en rapport avec l'hyperexcitabilité du vague. L'état vagal est beaucoup moins précis et le malade qui tient à cet état se confond avec les diverses tonalités affectives.

Les hypersympathicotoniques ne sont que dans une faible mesure météoro-sensibles. Ils sont d'ailleurs de beaucoup moins sensibles aux poisons et toxines de l'organisme que les vagotoniques. Nous verrons dans le chapitre consacré à la zone endocrinienne comment les déséquilibres humoraux sont surtout en relation avec le vagotonisme.

Les grands anxieux tachycardiques présentent leur anxiété sous la forme d'agitation motrice, ils parlent, marchent, se lamentent. Leur pouls est rapide, le sujet est rouge, éprouve des sensations de chaleur à la figure, il présente à un degré moindre la véritable souffrance intime de l'angoisse.

Les différents malaises ressentis par les sympathicotoniques peuvent être le point de départ d'une phobie. Ainsi, M. Crouzel a décrit une monomanie chez des malades présentant un syndrome solaire, séquelle de grippe épidémique désignée sous le nom de héliophobie qui les pousse à se soustraire à l'action de l'air et du soleil. Nous savons que le sympathique est excité dans ces conditions.

Quand on essaie de se rendre compte, non du mécanisme des perturbations sympathiques mais des causes de ce mécanisme, on peut ranger les anxieux dans trois catégories (1). On a d'abord l'angoisse et l'anxiété par altération organique. Cette altération peut être constatée au niveau des noyaux bulbaires du vague, soit comme une lésion au niveau du plancher ventriculaire, soit comme une altération histologique, par exemple une pigmentation anormale des cellules nerveuses dans le noyau dorsal du vague telle qu'elle a été constatée par MM. Laignel-Lavastine et Vigouroux à l'autopsie de certains mélancoliques avec syndromes de Cotard. Ces auteurs ont constaté, d'autre part, des scléroses, des ganglions semi-lunaires avec pigmentation anormale des cellules sympathiques.

Mais le déséquilibre sympathique qu'on constate dans l'angoisse et dans l'anxiété est surtout fonctionnel. Les diverses variations de l'excitabilité sympathi-

(1) Voir LAIGNEL-LAVASTINE, Conf. de sympath., p. 205.

que sont en étroites relations avec les équilibres humoraux et les sécrétions endocriniennes. D'autre part il peut y avoir excitation du sympathique par tiraillement des fibres de celui-ci, comme c'est le cas dans les ptoses viscérales, dans les dilatactions des cavités, etc... L'étude de l'angoisse et de l'anxiété physiogénétique nous amène donc à étudier les zones endocrinienne et viscérale.

Il y a enfin une troisième catégorie d'angoisse et d'anxiété qui prennent leur origine dans un fait psychique. Chez les psychasthéniques il y a presque toujours un noyau vagotonique.

Le versant psychique interne est en étroite relation avec le versant sympathique et particulièrement avec le vague. L'hyperexcitabilité du vague amène consécutivement une sorte d'éréthisme du centre fonctionnel psychique de la réaction de l'échec. Il est intéressant de faire ce rapprochement, d'une part entre la vagotonie et les phénomènes météorologiques, cosmiques exceptionnels, les déséquilibres humoraux tel le choc hémoclasique, la sensibilisation aux poisons et aux toxines, c'est-à-dire à des circonstances nuisibles au point de vue organique, et d'autre part de la réaction de l'échec et les événements catastrophiques, les insuccès. D'ailleurs la correspondance est très étroite puisque nous avons déjà dit que la vagotonie amenait une angoisse d'attente. Nous avons vu le mécanisme des phobies qui s'expliquait comme des réactions de défense devant des situations pouvant amener un malaise vagotonique.

L'hypothèse freudienne sur l'angoisse, reproduction d'une impression qui se répète, pourrait s'expliquer ainsi : il y a un état vagal associé à une représentation psychique. Chaque fois qu'il y a ten-

dance à la reproduction de cette impression psychique il y a reproduction aussi de l'état vagal. Nous avons vu comment les diverses phobies, les diverses formes d'angoisse se déduisaient du traumatisme de la naissance au point de vue psychique. Si l'on admet que l'angoisse est le premier contenu de la perception au delà de laquelle il n'y a plus conscience, on peut supposer que l'état vagal correspond à l'état végétatif constaté dans les précomas, dans les ictus avant la disparition de la conscience. L'angoisse et l'anxiété sont des états pré-comateux et en vérité lorsque les comas ne s'établissent pas brusquement l'on constate une période prémonitoire d'angoisse et d'anxiété. Dans la suffocation on observe cela d'une façon très nette. L'angoisse et l'anxiété précèdent la période de perte de conscience et se déclenchent alors qu'il y a forte réaction vagale.

L'hyperexcitabilité vagale est rencontrée aussi dans la période qui précède une crise d'épilepsie. Or nous savons qu'il y a là disparition de conscience.

Chaque fois que dans notre psychisme il y a association entre une représentation et la reproduction de la situation intra-utérine, qui, chez l'homme, est représentée par l'état comateux, il se produit de l'angoisse et de l'anxiété qui sont des états de résistance à l'établissement de ce premier état.

Par le fait que le vague comprend d'une part une partie génitale, en rapport avec la volupté, et d'autre part une autre partie donnant naissance à du malaise sous l'influence de diverses causes nocives, on comprend la double signification de la libido sexuelle et dangereuse. La libido traduite sur le plan sympathique n'est que la tendance à rétablir l'état vagal.

ZONE ENDOCRINIENNE

La zone endocrinienne présente un versant humoral et un versant morphologique.

LE VERSANT HUMORAL

DE L'ANGOISSE ET DE L'ANXIETE

Nous avons vu tout à l'heure que le seuil de l'excitabilité du sympathique était en étroite relation avec les changements humoraux. Des travaux très récents ont mis en valeur des relations très étroites entre l'angoisse et l'anxiété et certaines perturbations dans l'équilibre des humeurs.

MM. Tinel et Santenoise ont montré que le choc hémoclasique tout entier est favorisé par l'état vago-tonique et supprimé par la sympathicotonie. Il varie dans les mêmes conditions que le réflexe oculo-cardiaque. Ils ont mis en évidence, à l'approche et au début de l'état des accès d'anxiété, la leucopénie avec inversion de la formule leucocytaire. Les paroxysmes anxieux sont, en général, précédés ou accompagnés de réactions biologiques exactement comparables aux chocs hémoclasiques qui précèdent l'apparition des crises d'asthme, d'urticaire, de migraines, d'épilepsie, établissant une parenté entre ces divers accidents.

Les symptômes caractéristiques du choc traduisent :

1° a) un bouleversement brutal de l'équilibre vago-sympathique ;

b) un véritable bouleversement de l'équilibre humoral. Ce dernier se traduit par des modifications de la coaguabilité sanguine, par la disparition ou la diminution de la valeur complémentaire du sérum. Ces phénomènes de choc sont favorisés par l'excitabilité anormale du para-sympathique. Nous savons que l'hypervagotonie caractérise un état de réceptivité spéciale pour toutes les intoxications électivement fixées sur les centres nerveux. Les émotions prennent place parmi ces processus hémoclasians ; on a alors des fixations toniques exactement semblables à celles des chocs anaphylactiques.

Le choc hémoclasique est favorisé par des perturbations de l'équilibre tonique humoral se traduisant par une hyperalcalose sanguine et urinaire.

MM. Laignel-Lavastine et Cornélius ont trouvé chez les anxieux pouvant être rangés dans la névrose d'angoisse ou présentant une angoisse symptomatique, dyspeptique, goutteuse, hépatique, etc..., comme caractère capital de leurs urines, de l'hypoacidité ou alcalinité ionique avec valeur élevée du chiffre des acides organiques correspondant à une alcalose sanguine parallèle (1).

L'analyse des urines se fait facilement grâce à la méthode colorimétrique et on trouve chez les anxieux un pH variant de 6,2 à 7,4, la normale étant comprise entre 5,8 à 6. Les malades examinés étant au

(1) LAIGNEL-LAVASTINE et CORNELIUS, *Presse Médicale*, nov. 1925, p. 1521-22.

régime mixte et au repos. L'analyse des urines avait lieu à 10 heures du matin pour éviter la vague alcaline digestive. Cette vague alcaline est peu appréciable chez les anxieux, tandis que chez les normaux elle est marquée.

Ce déséquilibre de la balance acide-base provoque l'abaissement du calcium ionisé du sang, ce qui créerait une hyperexcitabilité nerveuse. De même l'abaissement du calcium du sang favorise le choc.

MM. Drouet, Hamel, Vérain ⁽¹⁾ recherchent le pH dans le sang et le L.C.R. de seize malades anxieux et en trouvent quatorze en état d'alcalose. Dans six cas la réserve alcaline était normale, en dissociation avec le pH élevé ; mais la règle générale paraît être l'augmentation parallèle et de la réserve alcaline et du pH. Le taux du calcium était variable et pour ces auteurs, du fait de ces variations, il ne semble devoir jouer un rôle dans la détermination des accidents.

MM. Euzière, Pagès et Cristol ⁽²⁾ ont étudié l'acidose dans des cas de mélancolie simple et de mélancolie anxieuse et ils ont constaté un abaissement de la réserve alcaline, dans tous les cas. Il n'y avait aucune excrétion de corps acétoniques ; l'alcalinisation forcée n'a amélioré les troubles mélancoliques que dans un seul cas. Par contre elle a fait régresser et disparaître, en même temps que la réserve alcaline est remontée, les troubles cénesthopathiques fréquents chez les mélancoliques. Ces auteurs admettent que ces troubles cénesthopathiques sont dus à l'irritation des terminaisons sympathiques par les humeurs acides.

(1) *Cong. de Barcelone*, mai 1929.

(2) *18^e Cong. de Médecine*, Nancy, juillet 1925.

Le pH est un des équilibres organiques les mieux réglés, de beaucoup mieux que l'isothermie, l'isotonie, l'isotonie. Les troubles du pH dénotent un trouble parallèle profond des fonctions d'équilibre.

Les maladies alcalosiques sont : la tétanie, qui est une hypocalcémie avec alcalose, les convulsions de l'épilepsie qui sont une manifestation de l'alcalose, car dégagées par l'hyperpnée, la crise d'asthme qui est calmée par des acidifiants énergiques, etc... L'angoisse présente certaines parentés avec ces maladies, parentés qui ont été mises en évidence par Brissaud et tout récemment par M. Laignel-Lavastine.

Il est assez difficile, dans l'état actuel de la science, d'expliquer les troubles du pH dans l'angoisse et dans l'anxiété et de montrer leur signification.

D'après les recherches que nous avons faites sur le pH urinaire, nous avons constaté deux types inverses l'un de l'autre.

Le premier type est donné par le pH augmenté et qui se trouve chez les petits anxieux vagotoniques de préférence. Le pH varie, dans ce cas, parallèlement à l'hyperexcitabilité du pneumogastrique. Il est augmenté par le jeûne, plus fort au cours de la journée que pendant la nuit, peu influencé par la vague alcaline digestive quand nous constatons une sédation pneumogastrique. Le pH est augmenté à la suite d'excitations sexuelles insatisfaites, pendant les chutes barométriques, les décharges électriques, etc... Dans ces cas le pH suit l'évolution d'angoisse. Dans les périodes de crise il est augmenté, mais l'augmentation du pH est surtout en corrélation avec l'état de malaise et de nausée qu'on trouve chez les vagotoniques. Le véritable accès d'angoisse, au contraire, s'accompagne d'une diminution du pH.

M. Pierre Janet avait trouvé, chez la plupart des psychasthéniques des urines hyperacides. M. Vigouroux a trouvé les urines des neurasthéniques plutôt hyperacides.

La densité des urines n'offre rien de caractéristique.

Le second type est caractérisé par un pH normal et même légèrement acide. Le pH est de beaucoup moins influencé par les manifestations météorologiques et les variations diurnes.

Le dosage des ions potassium et calcium plasmatiques montre une augmentation constante du K plasmatique chez les émotifs qui suit de façon très stricte les paroxysmes. Quand au Ca, il est très inconstant, pouvant être normal et même diminué ⁽¹⁾. Nous avons constaté chez plusieurs malades une décalcification des dents pendant les périodes d'anxiété.

Les dosages des différents ions dans le plasma sanguin est une opération assez délicate à faire, surtout quand il s'agit des ions libres qui paraissent jouer le rôle le plus important.

Les travaux modernes insistent beaucoup sur ces différents dosages. Nous ne nous sommes pas attachés spécialement à l'étude de cette question, qui est d'ailleurs pleine d'avenir, et que nous ne faisons que mentionner.

Les glandes à sécrétion interne, par les produits qu'elles déversent dans le sang, jouent un rôle considérable sur l'activité des centres nerveux et sur le psychisme.

La thyroïde présente des relations très étroites avec les états d'angoisse et d'anxiété. Il suffit de mention-

(1) MONTASSUT, DELAVILLE et M^{lle} RUSSEL, *Enc.*, XXV, 1930, p. 471-474.

ner la maladie de Basedow dans laquelle on constate un état d'attente anxieuse, des palpitations angoissantes, des vertiges, des crises de sueur, etc... La maladie de Basedow avait d'ailleurs été considérée comme une névrose semblable à l'hystérie ou à d'autres par Charcot, etc...

Chez les malades qui se plaignent d'angoisse et d'anxiété on constate souvent soit un goitre, soit il présente un type myxœdémateux caractérisé par l'obésité, par une peau rude, par une chevelure grise et cassante.

On constate chez ces malades très souvent de l'instabilité thyroïdienne ; ce sont tantôt des hypothyroïdiens présentant des accès d'hyperthyroïdie auxquels correspond de l'angoisse ; tantôt des hypo et hyperthyroïdiens alternatifs, d'autres fois on trouve un mélange d'hyper et hypothyroïdie.

Pour M. Léopold-Lévi l'angoisse fait partie des thyroïdolepsies.

M. Laignel-Lavastine nous dit que dans les psychonévroses émotives il y a un facteur sympathique des réactions vaso-motrices et sécrétoires sous la dépendance d'un certain degré d'hyperthyroïdie. Ces manifestations sont tantôt la conséquence d'une émotion, d'où la discussion sur la question à savoir du rôle que jouent les émotions dans la genèse, les anxiétés liées à des troubles thyroïdiens ; tantôt liées à une intoxication ou à une infection, tantôt à une psychonévrose constitutionnelle.

M. Santenaise a fait des expériences très intéressantes sur des chiens vagotoniques en montrant les rapports qui existent entre le vague et la thyroïde d'une part, entre certaines sécrétions thyroïdiennes et la cronaxie des centres certicaux d'autre part.

Avec la thyroïde affectent des relations étroites les glandes génitales. Il y a une sorte de synergie ovaro-thyroïdienne. Les rapports entre la glande thyroïde et les organes sexuels étaient connus des plus anciens médecins. Catulle mentionne déjà la coutume des nourrices qui constataient la défloration effectivement à la tuméfaction du cou.

Pendant les règles on constate de l'hyperthyroïdisme accentué, surtout chez les instables thyroïdiens, sous la dépendance duquel restent en majeure partie les troubles émotifs de cette époque. Pendant la ménopause on constate des troubles anxieux très graves, amenant parfois le suicide. De même l'angoisse et l'anxiété sont fréquentes pendant la puberté et la grossesse. L'insuffisance ovarienne s'accompagne très souvent d'angoisse et d'anxiété avec pH alcalin.

Il y aurait toute une étude à faire sur ces rapports entre les glandes sexuelles et l'angoisse et l'anxiété. L'évolution des glandes sexuelles, leur disfonctionnement, sont en étroite relation avec le développement de l'instinct sexuel, de la libido et nous avons vu le rôle considérable de celle-ci dans l'angoisse et dans l'anxiété.

Les surrénales ont aussi une grande influence sur l'apparition de l'angoisse. Elle a été mise en évidence par Maranon et Cannon ; Leri a constaté dans deux cas de mélancolie anxieuse une dégénérescence primitive de presque toutes les cellules de la surrénale. Chez les anxieux à réaction vagotonique, Tinel a obtenu une sédation remarquable de l'anxiété par l'adrénaline.

L'action des surrénales est assez complexe ; la sécrétion de surrénale n'est pas seulement sympathicomimétique, elle a une influence aussi sur l'activité thyroïdienne.

L'hypophyse présente des relations très étroites avec l'ovaire ; son activité, selon M. Tinel, sera inverse, au point de vue de l'anxiété, de celle de la surrénale. L'extrait de hypophyse agirait surtout favorablement sur le type sympathicotonique à réflexe solaire accentué.

Le pancréas joue un rôle considérable dans les états d'angoisse. D'une part, on constate qu'une injection d'insuline provoquant une hypoglycémie brutale produit de l'angoisse. Dans l'anxiété M. Pieron a constaté une forte augmentation de la glycémie allant jusqu'à 50 % d'augmentation sur le taux normal. M. Sante-noise a montré le rôle du pancréas sur la régulation du tonus et sur l'excitabilité des centres pneumogastriques. Dans l'extrait pancréatique désinsuliné de Gley et Kisthinios il se trouve une hormone hypotensive (Angioxyl).

L'insuffisance hépatique est très souvent constatée chez les anxieux ; d'ailleurs, pour les anciens, la mélancolie était due à la bile noire ! L'angoisse accompagne des crises hépathiques. Prométhée, voué à l'angoisse par les Dieux, avait le foie mangé par un vautour. En Roumanie, une expression populaire traduit la souffrance physique de l'angoisse par : « Je sens une brûlure au foie ».

Nous avons mentionné déjà l'anxiété liée au syndrome hépato-lenticulaire de M. Lhermitte.

Les para-thyroïdes paraissent jouer, eux aussi, un rôle dans l'angoisse et dans l'anxiété, peut-être par leur influence sur le métabolisme du calcium. Dans

l'insuffisance parathyroïdienne humaine et par suppression expérimentale des parathyroïdes, on rencontre des terreurs nocturnes, de l'impulsivité motrice et psychique. M. Laignel-Lavastine a émis, d'ailleurs, l'hypothèse de l'angoisse liée à une insuffisance parathyroïdienne dont la question est encore à l'étude.

L'étroite corrélation entre les divers troubles des glandes endocrines et les états d'angoisse et d'anxiété est évidente.

Les glandes à sécrétion interne sont d'abord les éléments d'un système d'équilibre organique primitif qui complète le rôle du sympathique. Les divers troubles humoraux ont une signification comparable aux troubles du sympathique. Un dysfonctionnement, une insuffisance, un hyperfonctionnement endocrine rend difficile les synthèses organiques, soit par déficience, soit en devenant un élément perturbateur.

Mais les glandes à sécrétion interne ont un rôle important dans le *développement* qu'il faut comprendre non seulement dans le sens physiologique mais aussi psychologique. Des troubles dans leur fonctionnement produisent des *arrêts*, des « *fixations* » et même des *régressions* à des stades infantiles et c'est par cette action qu'elles contribuent à engendrer une prédisposition à l'angoisse et à l'anxiété.

Cette prédisposition à l'angoisse et à l'anxiété se traduit morphologiquement par une constitution, physiologiquement par un tempérament et psychologiquement par un caractère, et peut être transmise héréditairement ou acquise.

Nous allons l'étudier dans sa complexité au versant « morphologique » endocrinien malgré qu'elle le dépasse.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

KAR... est un jeune homme que nous avons suivi pendant plusieurs années et sur les antécédents duquel nous avons pu obtenir des renseignements à peu près complets.

Quand il est venu nous voir, le 30 avril 1932, il avait environ 22 ans et il nous a consulté au sujet de malaises, de vertiges, de nausées et de dépression qui l'entravaient beaucoup dans ses travaux. Il a le corps plutôt étroit, le visage long, le nez pointu, présente des mouvements brusques, et il est agité. Au début de l'interrogatoire, il parle avec hésitation, construit assez difficilement ses phrases, bégaye légèrement, mais, peu à peu, il retrouve tout son calme et arrive à expliquer assez convenablement ses troubles. On remarque, au moment où il cherche avec plus de difficultés une expression ou un souvenir, des légers mouvements automatiques : trépidation des pieds, agitation des doigts, clignements et surtout l'apparition d'un geste qui revient fréquemment et qui constitue presque un tic, celui de porter la main à son front pour quelques secondes comme s'il voulait se cacher le visage.

La dernière crise qu'il a eue remonte à trois jours avant ce premier interrogatoire. C'était le soir, vers les 9 h. 30, il se promenait sur les boulevards quand il est pris tout d'un coup d'une sensation de vertige contre laquelle il lutte pendant un bon moment. Il se sent attiré du côté gauche et il a l'impression qu'il ne peut plus marcher droit devant lui mais obliquement. Il a alors l'idée qu'il va tomber dans la rue,

qu'il va lui arriver un accident et fait des efforts désespérés pour aller vers un taxi. Pendant cette promenade, il est accompagné d'un ami qui ne s'aperçoit pas de ses troubles. il remarque seulement le teint légèrement pâle de notre sujet. Il peut d'ailleurs soutenir, pendant tout ce temps, une conversation suivie. Ce n'est qu'au moment où il arrête un taxi et y monte qu'il a une crise de lypotimie et des vomissements bilieux en petite quantité. Son pouls est ralenti et il a la sensation pénible qu'il va mourir. Arrivé à la maison on l'étend sur le lit, la tête basse, et il reste ainsi pendant un certain temps sans ressentir du malaise, mais seulement une impression de vide comme s'il était anesthésié. Un de ses camarades, étudiant en médecine, qui vient le voir, constate cette fois-ci un pouls plutôt rapide et un réflexe orthostatique marqué. Le sujet nous dit que, dans la position allongée, il présentait 78 pulsations et, debout, 90.

Le sujet nous dit qu'il présente des crises pareilles assez souvent depuis quelques temps et qu'il commence à avoir une véritable appréhension de sortir seul dans la rue. Ces crises se présentent le plus souvent d'une manière fruste. Ce sont plutôt des impressions d'évanouissement, nous raconte-t-il. J'ai à un moment donné l'impression que je vais m'évanouir ; je ramasse alors toutes mes forces et je suis très attentif à tous les mouvements que je fais. J'ai l'impression que tout le monde me regarde, qu'on se rend compte que je me sens mal, cela me produit une impression de honte et je voudrais à ce moment-là disparaître, fuir par n'importe quel moyen. Ces crises sont exceptionnelles pendant le soir, comme la crise qu'il vient de décrire. C'est plutôt le matin et dans l'après-midi, vers 4 ou 5 heures, qu'elles ont lieu d'habitude. Très souvent, c'est au moment de se lever du lit. Il a comme une impression pénible d'un malheur qui va arriver, d'une journée particulièrement défavorable, il éprouve une immense lassitude et souvent n'a pas le courage de se lever du lit.

A l'examen physique nous constatons :

— Au niveau du système nerveux sensorio-moteur, des ré-

flexes brusques, vifs, amples ; il présente un léger tremblement des extrémités.

— Au niveau du sympathique, le réflexe oculo-cardiaque est positif ; nous l'avons pris selon la méthode classique. Le sujet étant couché et nous avons appuyé fortement sur les globes oculaires, sans provoquer de réaction douloureuse, pendant trente secondes. Avant la compression 70 pulsations par minute, après compression 56. La compression de la région épigastrique nous a donné un réflexe abdomino-cardiaque peu marqué.

La tension artérielle est basse, Mx. 11 mm. 7.

Du côté viscéral nous observons une grosse rate. Au niveau de l'estomac une poche d'air correspondant à l'aérophagie de notre malade.

Rien d'appréciable au niveau des autres appareils.

Nous avons conclu à des accès d'angoisse en rapport avec une hyperexcitabilité du pneumogastrique et nous avons classé provisoirement ce malade parmi les petits anxieux vagotoniques.

Au point de vue des antécédents :

Héréditaires, le père et le grand-père paternel émotifs. La mère à tendance légèrement schizophrénique, pas de syphilis, ni du côté paternel ni maternel.

Personnels, accouchement normal, quelques troubles gastro-intestinaux pendant le premier âge. Rougeole et diphtérie entre 10 et 15 ans, paludisme contracté vers l'âge de 6 ans. Pas de syphilis ni autres maladies vénériennes acquises.

Il nous dit avoir présenté une grande émotivité pendant l'enfance et une tendance à la rêverie. Il a parlé vers l'âge de onze mois, apparition de la dentition normale.

Nous lui avons demandé de revenir plusieurs fois et nous avons eu l'occasion de remonter à l'origine de ces troubles et de nous expliquer les crises d'angoisse qu'il présentait. Nous ne pouvons pas donner in-extenso le compte rendu de chaque entrevue, mais nous allons résumer les principales constatations que nous avons faites sur son cas.

Une première constatation que nous avons faite est celle d'une relation très étroite entre son angoisse et un certain degré d'insatisfaction sexuelle. En vérité, nous avons pu recueillir des confidences qui nous ont permis de suivre pas à pas le développement de la vie sexuelle. Nous nous sommes assurés, au préalable, qu'il n'était nullement influencé par les théories freudiennes, pour éviter des interprétations et des fausses réminiscences.

Le premier fait d'origine sexuelle qu'il se rappelle c'est une impression désagréable, qu'il qualifie de honte et de culpabilité, qui lui est arrivée vers l'âge de 3 à 4 ans, qu'il ne peut pas préciser exactement. Il s'agissait d'une domestique qui lui racontait qu'une de ses anciennes patronnes prenait le bain avec son enfant et qu'elle lui montrait toutes les parties du corps. Il se rappelle avoir eu pour une minute cette vision et que cela lui a fait une impression très désagréable qu'il évitait depuis lors de se rappeler. Il raconte qu'à peu près vers la même époque une autre domestique lui permettait de lui carresser ses jambes et qu'il ressentait une angoisse mêlée de plaisir en le faisant. C'est une époque où il fut excessivement nerveux et li présenta des rêves où il était question d'un homme noir. Il a été malade pendant un certain temps, ayant des cauchemars fréquents. Il survient ensuite une période d'accalmie. Il se rappelle simplement, vers l'âge de 8 à 9 ans, deux faits : en jouant avec une jeune fille, par mégarde, il l'avait attrapée par la robe, ce qui lui attira l'observation de la part de celle-ci qu'il a l'intention de voir ses dessous. Une autre fois il passa près d'une domestique penchée sur une échelle et la domestique lui fit en riant l'observation qu'il poussait trop loin sa curiosité. Il fut hanté par ces deux souvenirs pendant longtemps à la suite. Il se réveillait parfois dans la nuit pris d'un accès d'angoisse, ces deux images lui revenaient continuellement dans la pensée, il avait des remords terribles et comme l'appréhension d'un malheur ou d'une punition à venir. Il a mit deux ou trois ans de son enfance à oublier ces faits. Vers l'âge de 14 ans, au cours

d'hygiène de son lycée, on leur avait donné un livre d'anatomie où il y avait un certain chapitre sur l'appareil génital masculin et féminin. Il se rappelle que ce fait a produit deux impressions sur lui. La première c'était un sentiment d'émancipation, comme une sorte de fierté d'être arrivé à apprendre ces questions, à côté de cela un sentiment de culpabilité intense qui a abouti à l'arrachement des pages du chapitre en question. Il se rappelle avoir jeté un coup d'œil sur l'appareil génital masculin, mais qu'il ne put se résoudre jamais à lire ou regarder une image concernant l'appareil sexuel féminin. Jusqu'à l'âge de 18 ans, il ne fut hanté d'aucune pensée amoureuse à l'égard du sexe opposé. Il se rappelle avoir été excessivement nerveux pendant ce temps-là et très sujet aux variations saisonnières. Il ressentait comme un besoin immense de se réfugier en dehors du monde, de vivre retiré. Il avait en même temps un immense désir d'être malade, de se sentir dans une chambre tiède, dans un lit chaud, n'avoir rien à faire et être en quelque sorte à l'abri de tout mouvement et de toute réaction. Il était hanté par des récits et par des images où il était question d'espaces infinis, morts. Il se sentait éminemment heureux alors qu'il pouvait rester quelques moments entouré de toute l'affection de son père et de sa mère, ce qui représentait les instants les plus heureux de sa vie d'adolescent. Vers l'âge de 19 ans il commença à éprouver une inclination amoureuse envers une jeune fille et sans aucun motif il se développa un sentiment d'hostilité envers son père se traduisant par des sauts d'humeur. Le prétexte était fourni par des questions d'opinion politique ou autre. Ce sentiment d'hostilité était surtout une sorte de désir d'échapper de l'influence familiale par une résistance au désir de celle-ci. Choix d'une autre carrière que celle indiquée par ses proches, etc... Il a pendant ce temps des sauts d'humeur très vifs, une angoisse très prononcée et surtout un désir de suicide. Il n'a pas encore de rapports avec les femmes, toutes ses histoires amoureuses sont des histoires platoniques et il ressent une vive angoisse chaque fois que sa partenaire

l'engage sur une voie différente. L'acte sexuel lui cause un sentiment de peur, il me dit que très souvent il a étudié avec attention l'appareil sexuel féminin et divers ouvrages concernant l'éducation sexuelle et que la peur de l'acte est surtout pour lui une peur de se rendre ridicule. Il soutient qu'à son âge ce n'est pas normal de ne pas avoir eu de rapports sexuels et qu'il a la crainte d'être un anormal. Il cherche alors des dérivations, il se plonge dans la littérature religieuse, laïque, etc... Un dérivatif très important est constitué pour lui par les spectacles équivoques qui constituent la spécialité de certains théâtres. Il a d'ailleurs une peine évidente à avouer ce plaisir et il me confesse qu'il éprouve, à cet égard, un sentiment de défendu très comparable avec celui ressenti au traumatisme de sa toute première enfance. D'ailleurs, lorsqu'il va accompagné à ces spectacles, il ressent plutôt du malaise que du plaisir. C'est alors que nous lui avons expliqué notre point de vue sur cette question. En admettant l'origine de ses malaises et de ses angoisses à un complexe d'Œdipe non surmonté et cette impression de malaise n'étant qu'une angoisse de castration.

Retiré du milieu familial, l'angoisse qu'il ressentait ne s'accompagna plus de sentiment de culpabilité, il persista seulement les malaises sous la forme d'angoisse d'attente que nous avons décrite au début de notre observation. Nous avons mis cette angoisse d'attente sur le compte d'une part d'une constitution vagotonique et nous l'avons rattachée à une insatisfaction physique sexuelle.

Dans quelques temps notre sujet a pu reprendre des rapports sexuels normaux. Ses symptômes de nausées, d'angoisses et de vertiges se sont beaucoup améliorés. Nous le considérons presque guéri, quand un nouveau fait vient de se produire.

Notre malade revient dans sa famille ; pendant quelques semaines tout alla très bien, mais il présenta de nouveau un syndrome assez étrange. De violentes douleurs gastriques, accompagnées de nausées, pendant qu'un état de fatigabilité

et d'asthénie s'établit progressivement. Le sujet fut repris par ses doutes et ses angoisses. Retiré du milieu familial, ces symptômes disparurent. Nous lui avons conseillé alors une séparation d'au moins une année de sa famille, pendant laquelle le sujet se porta de nouveau très bien. Pendant ce temps s'accrochèrent d'autres symptômes de malaise qui, cette fois-ci, étaient dus à la simple vagotonie et s'accompagnaient d'un pH élevé en rapport avec les variations du temps et régions climatiques. Sur ce point, l'observation de notre malade est moins intéressante et moins caractéristique que celle que nous allons trouver dans les observations qui suivent.

OBSERVATION II

Il s'agit de M. BA..., musicien, âgé de 27 ans qui vient nous consulter le 19 mars 1934 pour des phénomènes de dépression et des malaises.

Il se plaint d'abord de crises d'étouffement et ne peut dormir la fenêtre fermée à cause de cette impression. Il dit ressentir des sensations diffuses et pénibles énervantes au niveau des genoux, de la colonne vertébrale, de l'occiput. Ces sensations présentent un paroxysme vers 2 heures du matin. Elles sont influencées par les changements météorologiques et climatiques. La montagne amène une sédation remarquable de ses douleurs et un état de bien-être général. Il présente des insomnies fréquentes, se plaint d'être très fatigué le matin et de se sentir courbaturé au réveil. Il dit ne pas avoir d'appétit, de manger par contrainte et même ressentir des nausées en mangeant. Après le repas il a un pouls très rapide, des crampes abdominales qui ne se calment qu'une heure environ après une débâcle. Au point de vue sexuel il a un coït bref et décevant. Il souffre, par contre, s'il doit supporter longtemps l'abstinence. Il présente alors des hypothyrmies fréquentes et ses nausées s'accroissent.

Il parle d'une manière hésitante avec une certaine timidité. Il a tout le temps peur de nous déranger, d'être inopportun. Il est de taille moyenne, plutôt maigre, les yeux légèrement mongoliques.

Il a un pouls rapide (92 pulsations). S'il retient son inspiration le pouls se ralentit à 76 et devient bien frappé. Le réflexe oculo-cardiaque sensiblement normal, présente un ralentissement de huit pulsations par minute. Le réflexe solaire est accentué. Après compression épigastrique le pouls augmente à 104 pulsations et devient très petit.

La tension artérielle Mx. 15 mm. 10. Globules rouges 5.300.000, la réaction B. W. est négative. Le pH. urinaire est normal et même avec une certaine tendance à l'acidose. Nous l'avons suivi pendant un certain temps et nous avons constaté qu'au moment où notre sujet présentait un paroxysme des malaises, sous la forme de sensations, le pH. était plus bas (par la méthode colorimétrique 5-5,2). Les variations du pH. ne présentent pas de grandes variations diurnes. Le malade étant au régime normal mixte présente à 10 heures du matin un pH. égal à 5,6, — à 14 h. pH. = 6. — A 18 h. pH. = 5,6. — A 22 h. pH. = 5,6.

Les réflexes rotuliens sont très vifs, les pupilles réagissent bien à la lumière. Il présente une certaine raideur dans ses mouvements. S'il reste longtemps debout il commence à ressentir de l'énervement dans les genoux. La fin de ses lettres est griffonnée et les lettres ne sont plus égales dans leur mouvement général.

Un phénomène qui nous a paru très intéressant est celui de certains troubles de rythme. Quand il joue un morceau de musique il commence peu à peu à perdre son rythme. Le premier signe de fatigue se manifeste d'ailleurs par ce symptôme, le trac aussi.

Au point de vue des antécédents, son père et sa mère sont bien portants. Le père est nerveux, la mère présente des phénomènes de dépression. Il appartient à une famille d'intellectuels.

Pendant son enfance, il a été très maladif. Il a eu une pleurésie droite qui s'est guérie par un séjour à la montagne. Il a eu des maux de tête fréquents qu'il garde d'ailleurs encore.

Il pratique l'onanisme depuis l'âge de 14 ans, pour des raisons morales et d'éducation. Il n'en a pas abusé surtout puisque chaque masturbation est suivie de remords et de peur.

A la suite d'un grand effort intellectuel il a passé une licence universitaire classé parmi les premiers à 22 ans. Il commence à avoir l'obsession d'être faible et veut grossir à tout prix, il se pèse quatre fois par jour. Il a été consulté à Vienne par Adler qui lui conseille un séjour dans une maison de repos et de la suralimentation. Son état s'améliore par la suite. Il change complètement de métier et commence à travailler la musique.

Les différents troubles qu'il présente sont accentués surtout à l'approche des divers examens et épreuves.

Ne boit ni alcool, ni café, fume très peu.

Nous lui avons conseillé comme traitement du gardenal à doses fractionnées pendant la journée jusqu'à 6 cg. par jour, à alterner chaque semaine avec de la teinture de *cratægus oxyacantha* à raison de XV gouttes à chacun des trois repas. Ce traitement excessivement anodin a produit des résultats remarquables pour un certain moment, le malade ayant éprouvé une sédation de ses troubles.

OBSERVATION III

Il s'agit de Nic. MET..., âgé de 26 ans, qui nous a consulté au sujet d'idées de suicide qui le hantent. Sa situation matérielle n'est pas, en ce moment, très brillante et nous avons essayé surtout de débrouiller l'origine de son angoisse à travers ses contingences sociales.

Les motifs de son angoisse apparaissent au début comme très légitimes. C'est un jeune homme présentant une certaine

instruction et éducation avec une finesse d'esprit remarquable et qui en ce moment est réduit à la mendicité et au vagabondage. Le chômage qui sévit, sa santé fragile rendent la situation réelle de notre sujet comme très fâcheuse.

Dans les antécédents nous relevons du côté paternel une inclinaison profonde vers le mysticisme. Du côté maternel nous n'avons pas eu d'informations précises.

L'accouchement et les premières années d'enfance se sont passés d'une façon à peu près normale. Le sujet nous raconte qu'il était très sensible pendant son enfance et souffrait souvent de maux de tête. C'était un enfant plutôt calme et retiré de la société des autres enfants. Nous n'avons pu obtenir aucun renseignement sur des conflits psychologiques de son enfance. Nous relevons à partir de 11 ans une pratique d'onanisme assez suivie. Elle ne s'est pas accompagnée au début de remords. Cet état a duré jusque vers l'âge de 16 ans quand le jeune homme éprouvant pour la première fois un penchant amoureux envers une jeune fille se sent pris d'angoisse, de remords et d'un sentiment d'infériorité liés à sa vie sexuelle. Il évite alors la compagnie des femmes, bientôt il s'isole aussi de ses amis. Il a en ce moment l'idée de devenir un surhomme, il ressent une révolte intense contre la société, contre les femmes. Ses études en ce moment souffrent mais après un repos de quelques mois pendant les vacances, vers les 19 ans, il peut reprendre son travail et en même temps une vie sexuelle plus ou moins normale.

Depuis lors il n'a plus présenté de manifestations nerveuses trop accentuées. Il a de temps à temps une tendance à la dépression, il est d'humeur changeante mais rien qui rentre dans le pathologique.

Il y a un an environ, à la suite de quelques surmenages de travail, il sent des énervements dans tout le corps, des malaises qu'il n'arrive à soulager que par la masturbation. Cela amène rapidement un état d'angoisse et de lassitude qui le trouble dans son travail. Il ne peut plus se lever dans la matinée comme d'habitude, il vient en retard au service, il est

congédié par la suite. Il va consulter à Sainte-Anne et on lui recommande un traitement à base de phosphore et de strychnine. Son état s'est amélioré pour le moment mais il retombe de nouveau aggravé aussi par sa situation précaire.

Nous avons cherché tout d'abord à remédier à sa condition sociale. Nous avons eu la possibilité de lui offrir un repos de quelques semaines et un emploi facile, mais son travail était très irrégulier et échouait continuellement.

Nous l'avons alors recommandé à un établissement religieux et la vie monacale a produit des effets surprenants. Je l'ai revu imprégné d'une foi mystique forte. Il m'a dit ressentir encore de temps en temps de l'angoisse mais son mal est resté plutôt physique et ne se compliquait plus de contingences morales.

Nous n'insisterons pas sur ce traitement moral religieux qui dépasse en quelque sorte la médecine mais qui donne des résultats admirables, nous l'avons constaté dans plusieurs cas chez certains malades.

Nous allons insister sur quelques éléments physiques que nous avons eu tout le loisir d'observer chez notre sujet.

Au point de vue de l'examen nerveux nous relevons une hyperexcitabilité réflexe tendineuse. Les pupilles réagissent bien à la lumière. Il présente un réflexe oculo-cardiaque variable, variant du positif au nul. C'est surtout à l'approche des phases de la nouvelle lune qu'il paraît accentué dans le sens positif. Le réflexe solaire est peu marqué. Les variations du pH. urinaire sont très accentuées. Le pH. pris à jeûn, à 10 heures, est de 6,8. Si le jeûne continue vers midi et demi le pH. augmente à 7. Il y a après déjeuner et surtout après ingestion d'alcool une diminution du pH. qui descend vers les 14 h. 1/2 à 6 et même 5,8 pour réaugmenter dans l'après-midi vers 17 heures à 7, 7,2. Ensuite le pH. diminue progressivement pour aboutir à minuit à 5,8 et 5,6.

Ces variations du pH. sont en rapport aussi avec les changements météorologiques. Les temps orageux se traduisent par un pH. augmenté dans le sens de l'alcalose. Il n'y a que

très peu de relation entre l'angoisse proprement dite et le degré du pH. Les variations du pH. peuvent être mises en rapport avec les sensations de malaises, de nausées, d'une susceptibilité plus ou moins accentuée à la tristesse. La crise d'angoisse n'apparaissait qu'en relation avec des conditions d'ordre moral que nous allons voir par la suite.

A l'examen des autres appareils nous n'avons pu rien constater, sauf une légère hypertrophie de la prostate.

L'examen radiologique des poumons n'a relevé rien de suspect. Le B. W. a été négatif.

L'analyse psychologique nous a révélé l'existence d'un complexe basé surtout sur des idées de puissance. On avait à chaque moment l'impression en causant avec ce malade qu'il voulait manifester son orgueil, sa vanité et chaque fois qu'il ne réussissait pas à s'imposer il arrivait à reproduire une crise d'angoisse et d'anxiété. Il présentait des révoltes contre l'organisation sociale, contre l'infidélité de ses amis, niait l'existence de tout sentiment altruiste. Nous avons vu les résultats de la médication religieuse sur ce complexe psychologique. Remarquons que pendant tout son séjour dans le milieu monacal il n'a eu aucune relation sexuelle, ni des pratiques d'onanisme. Son état vagotonique est resté sensiblement le même après son traitement psychologique.

OBSERVATION IV

Il s'agit de Jo... Claude, 4 ans 1/2, qui présentait des crises d'agitation, de tremblement et de peur survenant depuis quelques mois à tout propos. De plus il présentait de l'incontinence d'urine nocturne.

A l'examen il présente une constitution plutôt délicate, il est maigre et s'agite continuellement. Au point de vue caractère il est froussard, capricieux, câlin, exigeant par des pleurs ou des colères la satisfaction de ses désirs.

Il a des réflexes très vifs, il grimace souvent et présente

quelques mouvements athétosiques. Il est très maladroit. Il a des polypes pharyngiens qui l'empêchent de respirer bien par le nez et lui donne un faciès légèrement adénoïdien.

Il a une grosse rate en rapport avec des antécédents de paludisme contracté aux colonies.

Le pH. urinaire est très alcalin atteignant 7, 7,2.

Remarquons en passant qu'il a un goût très prononcé pour les coquillages, la viande, et n'aime pas les sucreries et les gâteaux. Le temps orageux a une influence considérable sur ses accès d'agitation anxieuse et son incontinence d'urine est particulièrement forte à ce moment.

Antécédents héréditaires : le père est excessivement nerveux. Rien de particulier à signaler du côté de la mère. Pas d'hérédosyphilis probable. Paludisme contracté aux colonies. Quelques bronchites insignifiantes. Maux de gorge.

Nous avons recherché s'il n'y a pas chez cet enfant un conflit psychique et après une enquête nous avons constaté que son incontinence d'urine et ses crises d'anxiété ont commencé à s'accroître à partir du moment où, par suite d'un déménagement, il a dû dormir dans le même lit que sa mère. Il présente une crise de frayeur au moment où on lui enlève la chemise par dessus la tête et on est obligé de la lui faire descendre par en bas. Il est extrêmement jaloux de sa mère et pour peu qu'elle le néglige il commence à s'agiter, à présenter des maux de tête, à devenir réellement malade.

Nous avons institué un traitement à l'hémédonine, XXX gouttes par jour en deux prises. De l'hydrothérapie tiède suivie de frictions à gant de crin chaque matin et soir. Nous avons conseillé la séparation de la mère et du fils en deux chambres différentes et nous avons donné quelques conseils d'éducation tendant à mettre plus en contact cet enfant avec des camarades de jeux.

Nous avons revu un mois après ce petit garçon, il présentait cette fois-ci une remarquable amélioration de ses troubles nerveux, malgré la persistance des signes neurologiques extrapyramidaux.

CONCLUSIONS

L'angoisse et l'anxiété sont l'expression d'adaptation défectueuse à des événements externes ou des équilibres organiques. Elles se traduisent par de l'*agitation*, c'est-à-dire des manifestations d'ordre inférieur, tant dans le domaine de la vie de relation que dans le domaine de la vie organique. La prédominance des agitations dans l'un ou l'autre de ces domaines distingue les deux types pittoresques cliniques : angoisse et anxiété.

Dans la vie de relation, l'angoisse et l'anxiété se manifestent comme des *réactions d'insuccès*, de défaite, dans lesquelles il y a d'une part des états de recherche de la réaction utile de l'aboutissement pratique, d'autre part des représentations catastrophiques de situations d'infériorité. L'angoisse et l'anxiété pathologiques montrent une disproportion vis-à-vis de la manière habituelle de considérer la réalité et de se comporter devant elle en exagérant son sens nuisible, dangereux et traduisant par là une exaltation de la tendance à la réaction de l'échec, à la défaite.

Dans le domaine de la vie végétative, l'angoisse et l'anxiété se traduisent comme une hyperexcitabilité

de l'holosympathique à prédominance et point de départ vagal produisant des troubles humoraux et viscéraux. Ils manifestent une insuffisance, un affaiblissement des fonctions de synthèse organique comme elles traduisent dans la vie psychologique une insuffisance de tension psychique.

L'insuccès est, avant tout, la non-réalisation d'un désir, et l'insatisfaction de l'instinct sexuel paraît être à la base de l'angoisse et l'anxiété. Celui-ci ne peut plus être attaché à des objets ou sublimé selon les lois de l'évolution normale de l'individu. Il se produit alors un conflit et l'insatisfaction du désir sexuel se manifeste comme la reproduction du traumatisme de la naissance, c'est-à-dire sous la forme la plus primitive d'arrêt.

Du point de vue physiologique, l'angoisse et l'anxiété apparaissent comme des déséquilibres causés par une insuffisance de compensation d'une hyperexcitabilité vagale. Cette hyperexcitabilité vagale non compensée paraît correspondre surtout à la tonalité affective spécifique de l'angoisse et de l'anxiété, les divers troubles organiques résultant de cette non-compensation se traduisant par les diverses sensations cénesthopathiques concomitantes.

L'hyperexcitabilité vagale traduit sur le plan organique une activation des instincts sexuels et le déséquilibre holosympathique consécutif traduit l'angoisse qui s'oppose au désir libidineux tout en étant son aboutissement.

Dans les causes de l'angoisse et de l'anxiété il faut chercher donc :

a) un facteur déprimant les fonctions de synthèse psychique et organique ;

b) un facteur excitant le système vagal et les instincts sexuels.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis de l'Académie :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
CHARLÉTY.

Bibliographie ancienne

- BUCH (M.-J.). — *De anxietatibus*, 4° Jence, 1751.
- BUECHNER. — *De causis anxietatis oegrotantium ejusque curatione* Diss., in-4°, Haloe, 1747.
- FASEL. — *De anxietate speciatim fébrili*, Diss., in-4°, Jenae, 1764.
- FLEMMING. — *Ueber Präcordialangst. Allg. Ztschr. f. Psych., etc...* Berlin, 1848, p. 341-361.
- HEISTER. — *Theoria et Therapia Molesti febrium essentialium symptomatis, cujus signum est anxietas*, Diss., in-4°, Helmstadt, 1755.
- LUDWIG (C.-G.). — (Pr.). *De nimia animi defatigatione causat debilitatis in morbis*, 4° Lipsice, 1762.
- MARTIN (J.-N.). — *De anxietate angustia humana*, 8° Monachii, 1831.
- RIEGER (J.-C.). — *De anxietate sm.*, 4°, Lugd. Batav., 1724.
- ROVERS (W.-J.). — *De anxietate*, 8° Lugd. Batav., 1807.

Bibliographie concernant la Psychopathologie

- BJERRE (P.). — Schuld und Gnade. *A. Z. für P. und Ps.* 11-1-1929, p. 1-11.
- BLONDEL (Charles). — La Conscience morbide. Alcan, Paris, 1914.
- Le Suicide. Alcan, Paris, 1933.
- La Psychanalyse. Alcan, Paris, 1924.
- Introduction à la Psychologie collective. Collection Armand Colin, Paris, 1928.
- CABANIS. — Les peurs morbides. *J. de la Santé*, Paris, 1904, p. 341-343.
- CORNING. — The fear of death; morbid manifestations of the instinct. *J. Am. A. Ass.*, Chicago, 1905.
- COTARD. — Perte de la vision normale dans la mélancolie anxieuse. *Arch. de Neurologie*, 1884, n° 21.
- Délire d'énormité. *Soc. méd. psych.*, séance du 26 mars 1887.
- CRUCHET (R.). — Les erreurs et les dangers du Freudisme. *Presse médicale*, 13 février 1927.
- DELAVIERRE (Henri). — Les réactions émotives. *Thèse de Paris*, 1920.
- DEVINE (H.). — Psychic pain and the psychoses. *Br. med. Journ.*, 24 octobre 1931.
- DUMAS. — La tristesse et la joie. Paris, Alcan, 1900.
- DUPRE et TREPSAT. — La technique de la méthode psychanalytique dans les états anxieux. *Encéphale*, 1920.
- DUPUIS. — L'ennui morbide. *Revue*, 1922, p. 417.
- FOLIGNO (Angèle de). — Livre des visions et instructions.
- FREUD (S.). — Introduction à la psychanalyse, Paris, Payot, 1922.

- La psychopathologie de la vie quotidienne, Paris, Payot, 1922.
- Totem et Tabou, Paris, Payot.
- Cinq leçons sur la psychanalyse, Payot, Paris, 1929.
- GUALINO (Lorenzo). — Psicofisiologia dei fugilandi. *Riv. do psic.*, XVII, 1920, p. 42-60.
- HESNARD (A.). — Culture psychanalytique et clientèle psychiatrique courante. *Hyg. Ment.*, février 1930.
- IOTEYKO (J.). — La Fatigue, Paris, Flammarion, 1920.
- JAMES (W.). — La théorie de l'émotion, Paris, Alcan, 1902.
- JANET (Pierre). — Rapport sur les problèmes psychologiques concernant l'émotion. *Soc. Neurol. et Psych.*, décembre 1909.
- Les névroses, Paris, Flammarion, 1909.
- De l'angoisse à l'extase. Paris, Alcan, 1926-28.
- La force et la faiblesse psychologiques, réd. par M. EPSTEIN, Paris, Maloine, 1932.
- L'automatisme psychologique, Alcan, 1889.
- L'amour et la haine, réd. par EPSTEIN. Maloine, Paris, 1933.
- The relation of the neuroses to the psychoses. *Celebration of the one hundredth anniversary of Bloomington hospital*, may, 26, 1921.
- La tension psychologique, ses degrés, ses oscillations. *The British Journal of psychology* (medical section), october 1920; 1921, july 1921.
- JONES (E.). — The Psychopathology of anxiety.
- JUNG (C.). — L'inconscient. Payot, Paris, 190 p.
- KORNER (O.). — L'émotion de la peur. *All. Z. f.*, ps. IV, 4-1931, p. 210-216.
- KORNFELD (S. Sigm.). — « Zür Pathologie der Angst. » *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie*, 1902.
- KRAEPELIN. — Psychiatrie, 6^e édition, Leipzig, J. Barth, 1899.
- KRAEPELIN (E.). — Introduction à la psychiatrie clinique. Traduc., Paris, Vigot, 1907.
- KRAHT-EBING (R. von). — Psychopathia Sexualis, tr., Payot, 1931.

- KURT-MENDEL. — Die Wechseljahre des Mannes. *Neurolog. Zentralbb.*, 1910, n° 20.
- LAFORGUE (R.) et ALLENDY (R.). — La Psychanalyse et les Névroses, Payot, Paris.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — La méthode concentrique dans l'étude des psychonévroses. Chahine, 1928.
- LAIGNEL-LAVASTINE (M.) et VINCHON. — Les maladies de l'esprit et leurs médecins du xvi^e au xix^e siècle. Maloine, 1930.
- LAPICQUE (Louis). — Essai d'une nouvelle théorie physiologique de l'émotion. *Journal de Psych.*, 1911, p. 1-8.
- LEVY-BRUHL. — La catégorie affective du surnaturel. *R. Ph.*, CXI, 5-6, 1931, p. 321-346.
- MENARD (P.). — La peur subconsciente du soldat.
- NAHLOWSKY. — Das Gefühlsleben Leipzig L. Pernitsch, 1862.
- NATHAN. — Le doute de soi-même. *An. méd. ps.*, LXXXIV (1-11), 1926, p. 21-33.
- PAWLOW (J.-P.). — L'inhibition des réflexes conditionnels. *J. de Psych.*, 1913, p. 1-15.
- Inhibition interne en tant que fonction des deux hémisphères, Paris, 1912.
- RANK (Otto). — Le traumatisme de la naissance, Payot, Paris, 1928.
- RÉGIS. — Manuel de médecine mentale, 2^e édition.
- Les troubles psychiques et neuro-psychiques de guerre. *Presse Médicale*, 27 mai 1915.
- Auto-intoxications et délires, p. 7, Bordeaux, Gou-noilhon, 1899.
- RIBOT (A.). — Evolution des sentiments. *Revue scientifique*, 1893, p. 39.
- Maladies de la personnalité. Paris, Alcan.
- Psychologie des sentiments. Paris, Alcan, 1896.
- RIVERS (W.-H.-R.). — L'instinct et l'inconscient. Félix Alcan, Paris, 1931.
- SIKORSKY. — La mentalité morbide au point de vue psychologique In *traité international de Psychologie pathologique d'Auguste Marie*, t. III. Paris, Alcan, 1912.

- STERNBERG (W.). — Zur physiologie des gefühle Das Angstgefühl. *Zentralblatt für Leipzig und Wien.*, 1913, p. 429-433.
- TOURNIER (C.). — Essai de classification étiologique des névroses. *Arch. d'anthropologie criminelle*, 15, janvier 1900, p. 28.
- URECHIA (C.-J.). — Les psychoses réactionnelles. *Enc.*, XXIV, 8-1931, p. 591-608.
- WALLON. — L'enfant turbulent. Paris, Alcan, 1925.

**Bibliographie concernant
le système endocrino-sympathique et les humeurs**

- ANDRÉ (du Mont-Dore). — Holosympathique et corps créatiniques, leur rapport avec le tonus musculaire, l'épilepsie, les psychoses d'angoisse et l'asthme. *Thèse de Paris*, 1927.
- BADONNEL (Marguerite). — Quatre cas d'acidose chez les mélancoliques. *Annales Médicopsychologiques*, juillet 1921, p. 162.
- Contribution à l'étude des troubles des fonctions organiques dans la mélancolie. *Thèse*, Paris, 1924.
- BIERRY et RATHERY. — Glycémies et glucosurie. *Paris Médical*, 5 mai 1923.
- BENOIT. — Le réflexe oculo-cardiaque dans les états anxieux. *Thèse Méd.*, Bordeaux, 1920.
- BÉRARD. — La maladie de Basedow et la guerre. *Acad. de Médecine*, 26 novembre 1916.
- BISCOUS et MERCIER. — Le pouls et la pression artérielle chez le soldat au combat. *Acad. de Médecine*, 21 novembre 1916.
- BLATZ. — The cardiac, respiratory and electrical phenomena involved in the emotion of fear. *J. of experim. Psych.*, VIII, 2-1925, p. 109-132.
- BONNIER (Pierre). — Un nouveau syndrome bulbaire. *Presse Médicale*, 1903, p. 174.
- L'anxiété. Paris, Alcan, 1913.
- BOUCKAERT et CZARBSKI. — Influence de l'ion Ca sur l'excitabilité des nerfs accélérateurs cardiaques. *Soc. de Biol.*, 2 juillet 1927.

- BRIESE. — Le système nerveux végétatif en pathologie nerveuse. *Revue Médicale Roumaine*, mai-juin 1932, p. 78.
- BRISAUD. — De l'anxiété paroxystique dans : *Sem. Médic.*, 1890 ; *Rev. Neurol.*, 1902 ; *Congrès de Grenoble et Soc. Neurol.*, déc. 1902. — Les syndromes bulbaires ds. leçons sur les maladies nerveuses, 2^e série, p. 348-49.
- BRISAUD (E.). — *Hygiène des asthmatiques*. Masson, Paris, 1896.
- BURGE (W.-L.) et BURGE (E.-L.). — The effect of the émotions on the catalose content of the liver. *Amer. Journal of Physio.*, Baltimore, p. 75.
- CANNON. — Travaux sur les émotions. *American Journal of Physiology*, 1911-1914.
- Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. *New-York*, Appleton, Ed. 1915-1929.
- CANNON et DE LA PAZ. — Emotionnal stimulation of adrenal secretion. *Amer. J. of Physiology*, XXVIII, 1911, p. 64-70.
- CANTONNET et LEBEE. — Variations de l'équilibre vago-sympathique chez les asthmatiques. *Soc. de Biol.*, 1928.
- CARDET, RÉGNIER et SANTENOISE. — Influence de l'étoprine, de l'ésérine sur la chronaxie du gyrus sygmoïde. *Soc. de Biol.*, 27 novembre 1926.
- CARDET, RÉGNIER, SANTENOISE et VARE. — Excitabilité pneumogastrique et excitabilité corticale. *Soc. de Biol.*, mars 1927.
- Effets de la vagotomie et de l'excitation des filets thyroïdiens d'origine pneumogastrique sur l'excitabilité corticale. *Soc. de Biol.*, 19 mars 1927.
- CHYRAY (M.). et ZITZERMANN (S.). — Etats mélancoliques. Atonie vésiculaire et stase biliaire. *P. M.* n° 6, janvier 1930.
- CLAUDE (H.). — *Maladies du système nerveux*. Paris, 1922.
- Rapport sur les problèmes neurologiques concernant l'émotion. *Soc. Neurol. et Psych.*, décembre 1909.

CLAUDE, TINEL et SANTENOISE. — Influence des repas sur les réflexes oculo-cardiaque et solaire. *Soc. de Biol.*, 25 novembre 1922, p. 1112.

— Etude comparée du réflexe solaire et du réflexe oculo-cardiaque. *Soc. de Biol.*, 25 novembre 1922, p. 1115.

CLAUDE, SANTENOISE et SCHIFF. — Variations digestives du taux leucocytaire, rapport avec l'insuffisance hépatique et le tonus vago-sympathique. *Soc. de Biol.*, 17 mars 1923.

COLADERI. — Sympathique et radiothérapie. *Bulletin Médical*, 11 mars 1933, p. 182.

CRAINEICIANEU (de Bucarest). — Recherches expérimentales sur la sécrétion interne de l'ovaire et le tonus du système sympathique. *Presse Médicale*, 28 janvier 1925.

DANIELOPOLU. — Principes de thérapeutique végétative. *Presse Médicale* du 16 mai 1925.

— Les trois lois fondamentales qui régissent le fonctionnement du système nerveux végétatif à l'état normal et pathologie. *Presse Médicale*, 26 décembre 1928.

— Le système nerveux de la vie végétative. Doin, 1932.

DANIELOPOLU, RADOVICI et CARNIOL. — Rôle du système végétatif dans la production de l'hypertonie des muscles volontaires. Action de l'adrénaline, de l'ésérine et de l'atropine. *Soc. de Biol.*, 1922, p. 625 à 632.

— Action de l'atropine et du calcium sur les réflexes viscéraux. *Revue neurologique*, 1923, p. 228.

DECOUST (J.). — Crises anxieuses paraxystiques et tétanie. *Bull. et Mém. Soc. Méd. d. Hôp. de Paris*, 1576-1581, décembre 1932.

DUCHENNE (de Boulogne). — De l'électrisation localisée, 2^e éd., p. 628.

DEJERINE (J.) et GANCKLER (E.). — Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses. Paris, Masson, 1911, 8^o, IX, p. 561.

DE BOECK et HOSSE. — De la présence de l'acétone dans l'urine des aliénés. *Bulletin de la Société de Médecine Mentale de Belgique*, 1891.

- DORLENCOURT et JACOT. — Modifications de l'équilibre neuro-végétatif sous l'influence des radiations ultra-violettes. *Soc. de Biol.*, 4 décembre 1926.
- DUMAS et MALLOIZEL. — De l'expression polyglandulaire des émotions. *Soc. de Psychologie*, 3 décembre 1910.
- DUPOUY (R.) et HYVERT (M.). — Fugues obsédantes et encéphalite épidémique. *Enc.*, XXI, 3, 1926, p. 216-219.
- EMMINGHANS. — Psoriasis mit Angstzustanden. *Berlin Klin. Wochens.*, 1873, n° 10.
- EPPINGER und HESS. — Zur pathologie des vegetativen nerven systems. *Deutsch. Arch. Für Klin. Med.*, 1909, t. LXVIII.
- EUZIÈRE et MARGAROT. — Le réflexe oculo-cardiaque dans les états anxieux. *Gaz. des Hôp.*, 1919.
- a) Sympathique et anxiété. *Encéphal*, 1920.
- b) L'hypertonie du sympathique dans l'angoisse. *Languedoc Médical*, 1921.
- Les réactions du système nerveux viscéral dans les états anxieux. *Encéphal*, 1920, p. 349-83.
- EUZIÈRE, PAGÈS, CRISTOL, Montpellier. — Contribution à l'étude de l'acidose en psychiatrie. *XVIII^e Congrès français de Médecine*, Nancy, juillet 1925, et *Presse Médicale*, 8 août 1925.
- EY. — Glycémie et maladies mentales. *Thèse de Paris*, 1926.
- GACHEBOUCH. — La réflexothérapie. *Enc.* XXIII, 5-1928, p. 439-445.
- GARRELON et SANTENOISE. — Modifications des variations leucocytaires dt choc peptonique consécutives aux modifications du système organo-végétatif. *Soc. de Biol.*, 19 novembre 1921, et *Presse Médicale*, 23 novembre 1921, p. 933.
- GARRELON, SANTENOISE et LEGRAND. — Action du pancréas sur le tonus et l'excitabilité pneumogastrique. *Soc. de Biol.*, 14 novembre 1925.
- GLASER (E.). — Le réflexe abdominal du vague (la leucopénie vagotonique). *Mediz. Klinisch.*, 9 avril 1922, et in *Presse Médicale*, 16 septembre 1922.

- Les variations de la teneur en chaux dans le sérum sanguin au cours des névroses fonctionnelles. *Med. Klinisch.*, n° 36, septembre 1929.
- GLEYS. — 1° *Traité de Physiologie*, 7° éd., Baillière, 1928.
2° *Quatre leçons sur les sécrétions internes*. Paris, Baillière, 1920.
3° *Les étapes de l'endocrinologie et son état actuel*. *Rev. gén. de Sc.*, 20 novembre 1922.
4° *L'origine et les progrès de l'endocrinologie en France*. *Rev. franç. endocrinologie*, 14 février 1929, 2° éd.
5° *La Physiologie des surrénales et la sécrétion de l'adrénaline*. *Rev. de Méd.*, 1923.
- GLEYS et BOUCKAERT. — Diminution de l'excitabilité des nerfs vaso-dilatateurs à la suite de la diminution de l'ion Ca du sang. *Soc. de Biol.*, 19 mars 1927.
- GOIFFOIN. — Recherches sur l'acidité urinaire. Un système clinique d'investigation. *Arch. app. dig. et nutritifs*, octobre 1927.
- GORRITTE. — La constitution émotive et la vago-sympathicotomie. *Semana medica de Buenos-Aires*, n° 4, janvier 1926.
- GRASSET (J.). — La névropathie psycho-splanchnique (psychonévrose du vago-sympathique). *Prov. méd.*, 1909, et *Tribune méd.*, 1910.
- GUILLAUME (A.-C.). — Vagotonies, sympathicotonies, neurotonies. Masson, 2° éd., 1928.
- *L'endocrinologie et les états endocrino-sympathiques*. Doin, 1929.
- HEAD. — La libération fonctionnelle dans le système nerveux. *J. de Psych.*, juin 1923, p. 501-532.
- HOECHSTETTER. — Sur un syndrome constitué par des altérations du psychisme et du système neuro-végétatif chez l'enfant. *Thèse de Nancy*, 1924, et in *Presse Médicale*, 29 août 1925.

- HEUCQUEVILLE (G. d'). — Les procédés scientifiques d'effraction de la conscience dans l'examen mental. *Bulletin Médical*, 9 avril 1932.
- LABBÉ et NEPVEUX. — Acidose et alcalose. Masson, 1927.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Vagotonie et alcalose. *Presse Médicale*, 29 septembre 1928.
- Conférences de sympathologie clinique. Pitié. CHAHINE, 1926-29. In-8°, 342 p.
 - L'hygiène des instables du Σ *Rev. scient.*, Paris, 1926.
 - La pratique psychiatrique, en collab. avec A. BARBÉ et DELMAS. BAILLIÈRE, 1929, 891 p.
 - Pathologie du sympathique. PARIS, ALCAN, 1924, 1060 p.
 - Les variations de l'irritabilité sympathique, vagotonie et sympathicotomie. *Journal de Psychol.*, 1923, p. 716.
 - Anxiété, volupté et pneumogastrique. *Paris Médical*, 1924, p. 321.
 - Le syndrome d'H. Vigouroux (anxiété mélancolique post-ménopausique avec hypertension artérielle et glycosurie légère). *La Médecine*, février 1920, p. 315.
 - Les sympathoses. *Presse Médicale*, 1918.
 - Les variations de l'instabilité sympathique vagotonie et sympathicotomie. *J. de Psych.*, 1923, p. 716-727.
- LAIGNEL-LAVASTINE et CORNELIUS. — Le pH. urinaire et le titrage des acides organiques de l'urine chez les anxieux et les déprimés. *Soc. de Biol.*, 18 octobre 1924.
- L'hypoacidité urinaire, syndrome de l'angoisse. *La Presse Médicale*, 18 novembre 1925.
- LAIGNEL-LAVASTINE et G. d'HEUCQUEVILLE. — Un nouveau test d'émotion applicable aux prévenus : le pH. urinaire. *Soc. méd. légale*, 14 décembre 1931.
- LAIGNEL-LAVASTINE, ROGUES DE FURSAC et G. d'HEUCQUEVILLE. — Valeur pratique du pH. urinaire dans le diagnostic des états de dépression. *Annales médico-psychologiques*, avril 1932.

- LAIGNEL-LAVASTINE et CORNELIUS. — L'hypoacidité ionique et l'augmentation des acides organiques. Syndrome urinaire de l'angoisse. *P. M.* in 92, novembre 1925.
- LAIGNEL-LAVASTINE et VIGOUROUX. — *Soc. d'Anatomie*, 19 juillet 1907 et 18 octobre 1907.
- LAMBERT, HENNEQUIN et MERKLEN. — La transmissibilité humorale de l'action chromotrope de l'excitation vagale.
- LIVET. — Hyperémotivité, hyperthyroïdie héréditaire. *Soc. Clin. de Méd. ment.*, 1919.
- LOBSTEIN. — *De nervi sympathetici humani fabrica usu et morbis*. Paris, 1823.
- *Pathologie clinique du grand sympathique*. Paris, Baillière, 1880, p. 46.
- LONDE (P.). — L'angoisse. *Rev. Méd.*, 1902, p. 704-715 et 868-889.
- MASSONT. — Modifications des échanges organiques dans les états mélancoliques et anxieux. *J. de Neurol. et de Psych.*, p. 675-709, septembre 1932.
- MORAULT (Y.). — L'acidose chez les aliénés. *Thèse de Paris*, 1921.
- MORHARDT (P.-E.). — Maladies de la nutrition et psychisme. *Vie Médicale*, 25 mars 1930.
- MOTASSAT (M.) et DELAVILLE (M.). — La dépression constitutionnelle. Asthénie, émotivité, déséquilibre psychochimique. *Presse Médicale*, 27 mai 1931, n° 42, p. 774-776.
- OLIVER et SCHAEFER. — The physiological effects of extracts of the suprarenal capsules. *J. of Physiology*, XVIII, 1895.
- POLI (C.). — Riserva alcalina in malati di mente. *Rev. sp. di Fr.*, LV, 1-1931, p. 51-69.
- PRINCE. — Synchronisme rythmé entre des accès de dépression mélancolique et un syndrome thyroïdo-oculo-sympathique cervical unilatéral. *Journal Médical français*, mai 1923.
- RADOVICI et KREINDER. — Le déséquilibre végétatif dans les névroses. *Revue neurologique*, 1926, p. 1123.

- RICH (Gilbert-J.). — Body acidity as related to emotional excitability. *Arch. of Neurol. and Psych.*, XX-3-1928.
- SANTENOISE. — Les réflexes végétatifs dans les syndromes mentaux d'origine toxique. *Soc. de psychiatrie*, 15 janvier 1925.
- Pneumogastrique, appareil thyroïdien et activité cérébrale. A. Legrand, 1929.
 - Système organo-végétatif et psychoses fonctionnelles. *Encéphale*, 1927, p. 555.
 - De l'anaphylaxie et du déséquilibre du système nerveux organo-végétatif dans la folie intermittente. *Thèse de Paris*, 1922.
 - Pneumogastrique et glandes endocrines. A. Legrand, 1927.
 - Psychoses périodiques et périodicité neuro-végétative. *Presse Médicale*, 25 avril 1923.
 - Recherches sur les variations de la formule leucocytaire dans quelques cas de manie et de mélancolie. *Soc. de Psych.*, 17 novembre 1921.
- SANTENOISE et TINEL. — Vago-sympathique et anaphylaxie dans les crises paroxystiques d'anxiété. *Presse Médicale*, 1929.
- Le rôle du choc dans les crises d'excitation, d'anxiété ou de confusion. *L'Encéphale*, juillet-août 1926.
- SANTENOISE, VARE, VERDIER et VIDACOVITCH. — Pancréas et activité cérébrale. *Académie de Médecine*, 22 janvier 1919; *Académie des Sciences*, 20 janvier 1930; *Académie de Médecine*, 24 février 1930.
- TAMBURINI. — Les aberrations de la conscience viscérale. *IV^e Congrès Intern. de Psychologie*, Paris, 1900.
- SICCO. — Psychophysiologie et psychopathologie du corps thyroïde. Paris, Alcan, 1927, in-8°, 107 p.
- TARGOWLA (R.). — La psychose anxieuse, syndrome encéphalique. *M. Ps.*, LXXXVIII, 1-1930, p. 249-266.
- Syndromes psycho-somatiques. *Presse Médicale*, 2 septembre 1931.

TARGOWLA et BADONNEL (Mlle). — Insuffisance hépato-rénale et altérations sanguines dans la mélancolie. *Annales Médico-psychologiques*, 1921.

— De l'insuffisance rénale dans les maladies mentales. *Presse Médicale*, n° 73, 12 septembre 1923.

TINEL et SANTENOISE. — Crises hémoclasiques chez les maniaques et les mélancoliques. *Soc. de psychiatrie*, 20 octobre 1921.

— Les réactions sympathiques dans les accès maniaques et anxieux. *Soc. de psychiatrie*, 19 janvier 1922.

— Vago-sympathique et anaphylaxie dans les crises paroxystiques d'anxiété, de manie et d'épilepsie. *Presse Médicale*, 15 avril 1922.

— Rôle du choc dans les crises maniaques et confusionnelles. *Soc. de psychiatrie*, 31 mai 1926, et *Presse Médicale*, 9 juin 1926.

VIGOUROUX, LAIGNEL-LAVASTINE. — Sclérose des ganglions semi-lunaires chez un débile mélancolique et hypochondriaque. *Revue neurologique*, 1908, t. II, p. 944.

ZIMMERN et CHAILLEY-BERT. — Modifications d'excitabilité du système neuro-végétatif sous l'influence des radiations. *Académie de Médecine*, 22 mai 1928, et *Soc. de radiologie médicale de France*, 12 mars 1929, et in *Presse Médicale*, p. 439, 1929.

Bibliographie concernant les états d'angoisse et d'anxiété

- ADLER (A.). — Le tempérament nerveux, tr. Payot, Paris, 1927, 366 p.
- ALPHANDERY. — Quelques documents médiévaux relatifs à des états psychasthéniques. *J. de Psychologie*, nov.-déc., 1929.
- AMALDI (P.). — Stati affezione delle psicosi moniacale-depressive et vitruo-stagionale. *Rev. sp. Fr.*, LII, 3-4-1929, p. 461-477.
- BLANCHET (R.). — Contribution à l'étude des névroses intestinales. *Thèse de Paris*, 1901.
- BALLET. — La période prodromique à forme neurasthénique de la P. G. *Semaine médicale*, 22 novembre 1893.
- BALLET (Gilbert). — Sur la névrose d'angoisse. *Congrès des Aliénistes et Neurol.*, Grenoble, 1912.
- BALLET et ROGUES DE FURSAC. — Les psychoses « commotionnelles » (psychoses par commotion nerveuse ou choc émotif). *Paris Médical*, 1^{er} janvier 1916.
- CEILLIER (André). — Les mélancoliques anxieux persécutés. *Ann. Méd. Psy.*, juin 1921, p. 13-30.
- CHAUMAT. — Contribution à l'étude de la phobie et obsession de la rougeur. *Thèse Méd.*, Bordeaux, 1911.
- CLAUDE, DIDE et LEJONNE. — Psychoses hystéro-émotives de guerre. *Paris Médical*, 2 septembre 1916.
- CORDES. — De l'agoraphobie. *Arch. f. Psych. und New Heft*, III, 1872.
- COTARD. — 1° Du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse. *Soc. méd. psych.*, 28 juin 1880; *Ann. Méd. psych.*, septembre 1880.
- 2° Du délire des négations. *Arch. de Neurol.*, n° 11 et 12, 1882.

- DAGONNET. — Mélancolie anxieuse chronique avec délire systématique de négations et dissolution de la personnalité. *Bulletin de la Soc. de Méd. Ment. de Belgique*, 1891.
- DENY (G.-G.) et CORNUS (Paul). — Les folies intermittentes. La psychose maniaque dépressive. Paris, Baillière, 1907, II, 96 p. *Les actualités médicales*.
- DESCHAMPS et VINCHON. — Les maladies de l'énergie. Les asthénies et la neurasthénie. Paris, Alcan, 1927, 8°, XI, 423 p.
- DEVAUX et LOGRE. — Les Anxieux, Masson, 1917, XVI, 301 p.
- FLEURY (M. DE). — Les grands symptômes neurasthéniques. Paris, Alcan, 1901. A propos des constitutions psychopathiques, la cyclothymie dedoublée. *Enc.*, XXIII, 3-1928, p. 245-247.
- FREUD. — 1° Obsession et Phobies. *Rev. Neurol.*, 30 janvier 1895.
- 2° Ueber die Berechtigung, von der Neurasthenie, einen bestimmten symptomatenkomplex als « Angstneurose » Abzutrennen. *Neurologisches Centralblatt*, 15 janvier 1895, n° 2.
- GALLAVARDIN. — Quelques remarques sur les névroses tachycardiaques. *Arch. des maladies du cœur*, février 1916 et septembre 1917.
- GATTEL (Docteur F.). — Ueber die sexuellen Ursachen der Neurasthenie und Angstneurose. Berlin, Hirschwald, 1898.
- GILLES. — Etude sur certains cas de neurasthénie et à leur propos sur certains cas psychologiques observés sur la ligne de feu. *Annales médico-psychologiques*, avril et juillet 1916.
- GRASSET. — Psychopathies nerveuses. Consultations médicales françaises. Paris, Masson, 1902.
- Les névroses et les psychonévroses de guerre. Conduite à tenir à leur égard. *Rapport à la Soc. de Neurologie*, 15 décembre 1916.

- Les grands types cliniques de psychonévroses de guerre. *Réunion médicale de la XVI^e Région*, 22 janvier 1917.
- GRECO (F. DEL). — Les anxieux émotifs. *Revista etal. di Neuropath. Psych.*, 1917.
- HAFDIELD (J.-A.). — Anxiety states. *Br. J. of méd. Psy.*, IX, 1-1929, p. 17-25 et 32-37.
- Les états d'anxiété. *The british Journal of Med. Psychology.*, vol. IX, post 1, 1929.
- HARTENBERG. — La névrose d'angoisse. Paris, Alcan, 1902.
- La névrose d'angoisse. *Arch. de Méd.*, 6-7-8, 1901.
- Conception psychologique de la névrose d'angoisse. *IV^e Congrès International de Psychologie*.
- HECKEL (F.). — La névrose d'angoisse. Masson et C^{ie}, Paris, 1917, p. 535.
- HECKER. — Ueber larvierte und abortive angstzustande bei Neurasthenie. *Cetralbl. f. nervenheild. und Psych.*, décembre 1893.
- Ueber die Bedeutung des Augstaffectes in der Neurastherie Allg. *Teitech f. Psych.*, L, II, Bd, 1896.
- Sur l'importance de la maladie d'angoisse, etc..., Allg. *Zeitschrift für psych.*, vol. LII, 6, 1167.
- HERZ (Max). — Uber Seufzerkrampf. *Wiener Klin. Wochenchr.*, 1909, n° 39.
- HESNARD. — Les troubles nerveux et psychiques consécutifs aux catastrophes morales psychonévroses émotives. *Rev. de Psychiatrie*, 1914, n° 4.
- JANET (P.). — Obsessions et psychasthénie, 2 vol. Alcan, Paris, 1903.
- KAAN. — Der neurasthenische Angststaffect bei Zwangstellungen. *Jahrb. f. Psych.*, XI, 3, 1893.
- Der neurasthenische Angststaffect bei Zwangsvorstellungen. *Jahrl. f. Psych.*, XI, 3, 1893.
- KRISHABER. — Névropathie cérébro-cardiaque. Paris, 1873.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Discussion sur les « troubles nerveux par déflagation ». *Rev. Neurol.*, 1916, p. 595.

- Syndrome psychasthénique consécutif aux émotions. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1917.
- Névrose endocrinienne hypotensive. *Gazette des Hôpitaux*, 25 décembre 1929.
- LAIGNEL-LAVASTINE et COURBON. — Syndrome psychasthénique consécutif aux émotions. *Annales médico-psychol.*, juillet 1917.
- LALANNE (G.). — Les persécutés mélancoliques, Bordeaux Durand, 1897, p. 103.
- LERI (André). — Commotions et émotions de guerre. Masson, Paris, 1918.
- LEROUY. — Discussion sur les « troubles nerveux par déflagration ». *Rev. Neurol.*, 1916, p. 596.
- LOWENFELD. — Ueber die Vernüpfung neurasthenischer und hysterischer symptome in Anfallesform nebst Bemerkungen über die Freud'sche « Angstneurose ». *Münch Med. Wochensch.*, n° 13, 1895.
- Zür Lehre von der neurotischen Angstzuständen. *Münch Méd. Wochensch.*, 1897.
- MAGNAN et LEGRAIN. — Les dégénérés. Bibliothèque Charcot-Debove, Paris, Rueff, 1895.
- MAIRET et PIERON. — Le syndrome émmotionnel. *Annales médico-psychol.*, avril 1917.
- MALLET (Raymond). — Angoisse et obsession. *Presse Médicale*, 19 mai 1923.
- Etats confusionnels et anxieux. *Ann. médico-psychol.*, janvier 1917.
- MARTINET (A.). — Guerre et névroses cardiaques. *Presse Médicale*, 4 novembre 1915.
- MICHON (Paul). — Le petit anxieux tachyphage. *P. M.*, 20 juillet 1929.
- NEUFHOF (S.). — Irritable Heart. *Arch. of Intern. Méd.*, 1919.
- PARIS (Dr.). — Lypémanie anxieuse avec délire des négations. *Progrès Médical*, 12 novembre 1887.
- PACTET et BONHOMME. — Deux observations de peur invincible chez des combattants. *Annales médico-psych.*, juillet 1917.

- POROT. — Discussion sur les troubles nerveux par déflagration. *Rev. neurol.*, 1916, p. 603.
- ROBIN (Gilbert). — Neurasthénie et psychasthénies infantiles. Dans l'évolution psychiatrique, 2^e série, n° 4, 1932.
- ROUSSY et LHERMITTE. — Les psychonévroses de guerre, 1 vol., collection Horizon, Masson, 1917.
- SAINTE-THÉRÈSE. — Œuvres complètes. Trad. nouvelle, Paris, Rétaux, 1907.
- SEFLAS. — Note sur un cas de mélancolie anxieuse. *Arch. de neurol.*, 1884.
- Mélancolie anxieuse avec délire des négations. *Progrès Médical*, 12 novembre 1887.
- SEGLAS et SOURDILLE. — Mélancolie anxieuse du délire des négations. *Ann. méd. psych.*, mars-avril 1901.
- STEKEL (W.), de Vienne. — Les états d'angoisse nerveux et leur traitement. Tr., Payot, Paris, 1930.
- TOULOUSE et ROUBINOVITCH. — La mélancolie, Paris, Masson, 1897.
- TOULOUSE. — Note sur un cas de délire des négations. *Ann. méd. psych.*, 1893.
- Délire des négations à apparition précoce chez une mélancolique. *Bulletin de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1893.
- Le délire des négations. *Gaz des Hôpitaux*, 1893.
- VALLON et MARIE. — Le délire mélancolique. *Arch. de neurologie*, mai et juin 1898.
- VINCHON. — Paludisme. Anxiété et paludisme. *J. de Psych.*, octobre 1920.
- WESTPHAL (K.) et KATSCH (G.). — « Das parapathische Ulcus duodeni ». *Mitteilungen ans der Greuzgebieten der Medizin und Chirurgie*, 1913, vol. 26, n° 3, p. 405.
- WULFF (M.). — Beitrag zur Lehre von den Herzneurosen Angstneurosen. *Deutsche Méd. Woch.*, 1910, n° 2.
- YELLOWLESS. — The role of anxiety in the Psychoses and Psychoneuroses. *Br. J. of Méd., Ps.* IX, I, 1929, p. 26-32.

Bibliographie concernant la thérapeutique de l'angoisse et de l'anxiété

- BONNIER (P.). — L'action directe sur les centres nerveux. Centrothérapie, Paris, Alcan, 1913. L'anxiété, Paris, Alcan, 1913.
- CAMPANA (G.). — Contribution à l'étude des états liés à l'hyper-émotivité anxieuse et de leur traitement. *Thèse*, Paris, 1930, p. 116.
- CLAUDE, TINEL et SANTENOISE. — Essai du traitement biologique des crises anxieuses, maniaques ou confusionnelles de la psychose périodique. (*Progrès Médical*, n° 22, 1925).
- CORNELIUS (R.). — La médication acidifiante dans le traitement des états anxieux. (Soc. de thérap., 15 janv. 1925).
- Angoisse et chlorure de calcium. Essai d'une médication acidifiante. (Soc. de Psychiâtrie, févr. 1925).
- COSSA (P.). — L'hormone hypotensive du pancréas dans la thérapeutique des états anxieux avec phénomènes vasculaires. (*Progrès Médical*, 8 mars 1930).
- DARRE (M.-R.). — Le Sédormid dans la pratique médicale courante. (*Gaz. des Hôp.*, 1930, n° 26.)
- DERUELLES (M.) et CHIARLI (A.). — L'autohémothérapie dans le traitement des maladies mentales. *An. Méd.*, ps. LXXXIX-II.I.1931, p. 21-25.
- DILLAR (Paul). — Anxiété névropathique, traitement. *Thèse* de Paris, 1930, 101 p.

DUBOIS. — Les psychonévroses et leur traitement moral. Masson, 1909.

DUPOUY et MONTASSUT. — Traitement des états anxieux par le gardénal à doses réfractées. (Soc. Méd. psychol., 1924.)

DUPRÉ et TREPSAT. — Le technique de la méthode psychoanalytique dans les états anxieux. (*Encéphale*, 1920.)

EUZIÈRE et MARGAROT. — L'hypertonie du sympathique dans l'angoisse. (*Languedoc Méd.*, 1921.)

HARTENBERG. — Les psychonévroses anxieuses et leur traitement. Paris, Alcan, 1922.

— Une méthode de traitement de certaines phobies. (Congrès Intern. de Méd., 1900. Sect. de Psych.)

D'HEUCQUEVILLE (G.). — Traitement des grands syndromes d'excitation nerveuse par les nouveaux alcaloïdes de Polonowski. *Thèse de Paris*, 1932.

— Traitement de l'anxiété névropathique. *La Presse Médicale*, 1^{er} juillet 1931.

JANET. — Les médications psychologiques, t. I, II, III. Alcan, 1919.

LAIGNEL-LAVASTINE et D'HEUCQUEVILLE (G.). — Les modificateurs pharmacodynamiques de la tonalité affective. *Presse Médicale*, 28 juin 1933, p. 1025-27.

LÉVI (Léopold). — Contribution à la pathogénie et au traitement de l'angoisse et de l'anxiété. (*Bull. Soc. Méd. de Paris*, 1917.)

— Nervosisme et glandes endocrines. Paris, 1931.

NAUDASCHER. — Anxiété avec hypotension artérielle, traitement par l'adrénaline. *Méd. Ment.*, 1923.

RENON (L.). — L'angoisse de guerre et son traitement. *Bull. gén. de Thérap.*, mars 1916.)

STANESCO (J.). — Contribution à la thérapeutique de la mélancolie. (*Sem. Hôp.*, 28 févr. 1930.)

TARGOWLA, SERIN (Mlle) et OMBREDANE. — Le salicylate de soude intra-veineux dans le traitement de certaines psychoses. (*Prat. Méd. Franç.*, nov. 1928.)

TARGOWIA et OMBREDANE. — Action sédatrice et suspensive du calcium intra-veineux dans l'angoisse et l'agitation des anxieux. (Soc. de psych., 1928.)

TINEL. — L'extrait hypophysaire chez les anxieux. (Soc. de Psych., 1924.)

— Essai de traitement des crises anxieuses par le calcium. (Soc. de Psych., 1925.)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
Généralités, 7. — Les éléments mentaux, 7-11. — Les éléments somatiques, 11-14. — Etymologie, 15-16. — Historique, 16-18.	
ZONE PSYCHIQUE	19
Notions générales, 19-20. — Versant externe, 20-28. Versant interne, 28-44. — Résumé.	
ZONE NERVEUSE	45
Versant de relation, 45-49. — Versant sympathique, 49-57.	
ZONE ENDOCRINIENNE	59
Versant humoral, 59-68.	
OBSERVATIONS	69
Obs. N° I, p. 69-75. — Obs. N° II, p. 75-77. — Obs. N° III, p. 77-80. — Obs. n° IV, p. 80-81.	
CONCLUSIONS	83
BIBLIOGRAPHIE	87
Bibliographie ancienne, 87. — Bibliographie con- cernant la Psychopathologie, 88-91. — Bibliographie concernant le système endocrino-sympathique et les humeurs, 92-100. — Bibliographie concernant les états d'angoisse et d'anxiété, 101-105. — Bibliogra- phie concernant la thérapeutique de l'angoisse et de l'anxiété, 106-108.	



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



